N°6 Juin 2007

SOCIETE ODONTOLOGIQUE DE PARIS

Le journal de la SOP

LA FORMATION CONTINUE DE L'OMNIPRATICIEN

MIDWINTER 2007

L'art dentaire vu des Etats-Unis

Succès et échecs des dents postérieures sur implants

Le match Endodontie/Implantologie

Les limites de la dentisterie basée sur la preuve

35 questions en implantologie

jeudi 14 juin

Plan de traitement

jeudi 11 octobre

Quick-Post® PIVOMATIC

NEW

POUR TRAVAILLER VITE ET BIEN

Des forets ultra-performants dans un coffret stérilisable d'une ergonomie inégalée à ce jour

ALÉSOIR-DRILLER Ø 1.20 BAGUE BLANCHE
POINTE TRAVAILLANTE

- il réalise **en un seul temps** la longueur du logement du Pivomatic et sa forme cylindro-conique.
- il apporte une douceur et un confort de travail exceptionnel grace à l'absence de vibration.
- il ne chauffe pas.
- il a une longévité accrue de 100 %

GATES Ø 0.70 BAGUE VIOLETTE

- il facilite le passage de l'Alésoir Driller ø 1.20 (bague blanche) en préparant le canal au ø 0.70
- Il a une souplesse et une efficacité remarquable grace à sa fabrication en acier suédois

Autoclave : 135°
Poupinel : 180 °

Jauge de calibrage
Permet, en cas de mélange, de trier les Pivomatic.

COFFRETS QUICK-POST STÉRIKIT

Coffret A75 : 70 inox + 45 calcinables + 1 alésoir Driller Blanc + 1 Gate violet + 3 alésoirs assortis + 1 clé
Le coffret Quick-Post A75 — **169 €**

Coffret A145 : 140 inox + 90 calcinables + 1 alésoir Driller Blanc + 1 Gate violet + 3 alésoirs assortis + 1 clé
Le coffret Quick-Post A145 — **299 €**

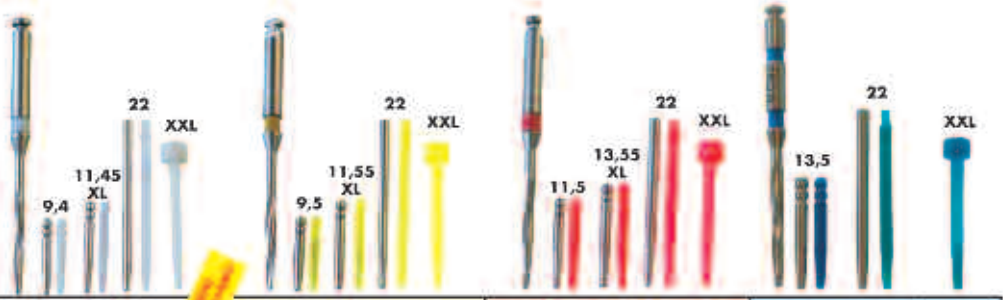
Coffret M285 : 140 inox + 140 calcinables + 3 alésoirs Driller Blanc + 3 Gate violet + 9 alésoirs assortis + 1 clé
Le coffret Quick-Post M285 — **499 €**

Réassort stérilisable pivots
PINCE À LINGE

Réassort stérilisable forets
TOUCHE PIANO

30 ans de recul clinique

les "Best Of" de Pivomatic
les 4 tailles les plus utilisées



Longueur / Diamètre	ø 1,2 mm Blanc	ø 1,3 mm Jaune	ø1,4 mm Rouge	ø 1,5 mm Bleu
Alésoirs	Alésoir Driller Blanc	Jaune	Rouge	Bleu
Pivots inox	9,4 mm	9,5 mm	11,5 mm	13,5 mm
Pivots calcinables	9,4 mm	9,5 mm	11,5 mm	13,5 mm
Pivots inox XL	11,45 mm	11,55 mm	13,55 mm	
Pivots calcinables XL	11,45 mm - XL Blanc	11,55 mm - XL Jaune	13,55 mm - XL Rouge	
Clavettes inox longueur 22 mm	N° 0 ø 1,16	N° 1 ø 1,26	N° 2 ø 1,36	N° 3 ø 1,46
Clavettes calcinables longueur 22 mm	N° 0 ø 1,15	N° 1 ø 1,25	N° 2 ø 1,35	N° 3 ø 1,45
Pivots calcinables XXL Rainurés - Spécial labo	XXL Blanc	XXL Jaune	XXL Rouge	XXL Bleu

REMPLACENT TOUS LES PIVOTS CALCINABLES ET S'UTILISENT AVEC LA DURALAY POUR LA TECHNIQUE DIRECTE DES INLAYS-CORES.

Renseignements : Tél./Fax 04 92 12 82 33
Brevets et marques déposés Docteur Pierre Malek

Pivomatic le seul pivot avec 30 ans de recul clinique

SOMMAIRE

LES FORMATIONS SOP EN 2007

› 35 QUESTIONS-RÉPONSES EN IMPLANTOLOGIE

14 juin 2007
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 9

› PLAN DE TRAITEMENT

11 octobre 2007
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 11

ACTUALITÉS p. 6 à 8

- Interview de Philippe Viargues, rédacteur en chef de la « Revue d'odonto-stomatologie » (ROS)
- Trente ans d'expérience au service du traitement des dyschromies

LE DROIT DU PRATICIEN p. 12 à 13

- Comment gérer le conflit patient/praticien ?
- Déclaration de sinistre, mode d'emploi

PRATIQUE p. 14 à 15

- Le diagnostic et la prise en charge dentaire du syndrome de Gorlin

DOSSIER p. 16 à 31

L'ART DENTAIRE VU DES ÉTATS-UNIS

- Midwinter 2007 : esthétique, implants et business !
- Une étude à dix ans pour mesurer le succès des dents postérieures sur implants
- La perfection en prothèse fixée, selon Jeffrey Rouse
- Implants et édentation avec perte de substance
- Endodontie *versus* implantologie : match nul
- Les facteurs de la mise en charge immédiate dans la région antérieure
- Les composites à la lumière de Christensen
- Les limites de la dentisterie fondée sur la preuve *(Evidence Based Dentistry)*
- Matériels et nouveautés : le Varioscope®, une alternative au microscope

Les rendez-vous de la formation continue odontologique

Le site web de la SOP se dote de la technologie RSS p. 33

LISTE DES ANNONCEURS

3MC Concept	p. 20
Acteon Group – Pierre Rolland	p. 10
Arsline	p. 26
Bisico France	p. 18
CNQAOS	p. 7
Degré K	p. 30
Dentatus	p. 32
Dentsply France	p. 22
Éditions de Chabassol	p. 26
FKG Dentaire	p. 28
GC France	p. 20
GSK Santé Grand Public	p. 4
Kreussler Pharma	p. 18
Labocast	p. 35
Mac Clay	p. 2
MACSF	p. 36
Procter & Gamble France	p. 24

LE CLUB DES PARTENAIRES

ACTEON GROUP – AIREL – AMPLI – BIOMET 3I FRANCE – BISICO FRANCE – CDP EDITIONS : WOLTERS KLUWER – CNQAOS – CODIMED – COLTENE WHALEDENT – DEGRE K – DENTAID – DENTSPLY FRANCE – DEXTER – DISCUS DENTAL FRANCE – DMK – ELSODENT – EMS FRANCE – EUROTEC DENTAL-ADEC – FABHER – FC MEDICAL DEVICE – FKG DENTAIRE – GACD – GC FRANCE – GENERIQUE INTERNATIONAL – HENRY SCHEIN FRANCE – IDISYSTEM – ITENA CLINICAL – IVOCLAR VIVADENT FRANCE – KAVO DENTAL FRANCE – KERR FRANCE – KOMET FRANCE – KREUSSLER PHARMA – LABOCAST – LABORATOIRE CRINEX – LABORATOIRES EXPANSCIENCE – LABORATOIRES GABA-ODOPHARM – LABORATOIRE PRED – MACSF – MEGA DENTAL – NICHROMINOX – NOBEL BIOCARE FRANCE – NSK FRANCE – PFIZER-SANTE GRAND PUBLIC – PIERRE FABRE ORAL CARE – PROCTER & GAMBLE FRANCE – PROMODENTAIRE – SD2 – SIRONA DENTAL SYSTEMS FRANCE – SLBD-QUICK DENTAL – STRAUMANN FRANCE – SUNSTAR-MEDICADENT-PHARMADENT – VELOPEX INTERNATIONAL – VET MICROSCOPIE DENTAIRE – ZIMMER DENTAL FRANCE

HYPERSENSIBILITÉ DENTINAIRE

Non à la douleur...

...Oui au plaisir

Sensodyne PRO

NOUVEAU

Oui au plaisir...
d'offrir une solution professionnelle efficace adaptée aux habitudes d'hygiène bucco-dentaire de vos patients

- Soin complet
- Blancheur éclat
- [illegible]
- Gel fluor
- Soin fluor
- Brosse à dents souple
- Brosse à dents extra-souple

Sensodyne® Pro
Ne laissez pas la douleur changer leur vie.

GlaxoSmithKline
GlaxoSmithKline Santé Grand Public

Marc Roché

Seuil de fréquence

La déferlante implantaire apporte chaque mois son lot de publications : articles, dossiers cliniques, promotions de systèmes. Cette mise en image répétitive finit par banaliser certains actes et peut-être par inciter les plus entreprenants à se « lancer » dans des interventions qui leur semblent à la portée de l'omnipraticien.

En avril 2006, le Pr Guy Vallancien remettait au ministre de la Santé d'alors, Xavier Bertrand, un *« rapport d'évaluation de la sécurité et de la qualité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics »*. Il concluait que, *« en raison d'une activité faible, certains chirurgiens perdent leur savoir-faire car faire peu expose à faire moins bien »*. Il ajoutait que *« parmi ces chirurgiens, certains ont reçu une formation... dont il est parfois difficile de connaître le niveau »*.

Dès lors, la réalisation anuelle de moins de 50 interventions dites « fréquentes » – appendicectomies par exemple – est considérée comme un faible niveau d'activité.

L'accent est mis sur deux aspects qui garantissent qualité et sécurité : le niveau de la formation et la fréquence de la pratique qui renforce le savoir-faire. Ils s'appliquent à tous les domaines de notre activité. Tout omnipraticien est conscient du handicap que peut constituer la réalisation sporadique d'actes tels qu'une prothèse complète ou des onlays métalliques type *pinledges*.

« DEUX ASPECTS GARANTISSENT QUALITÉ ET SÉCURITÉ : LE NIVEAU DE LA FORMATION ET LA FRÉQUENCE DE LA PRATIQUE QUI RENFORCE LE SAVOIR-FAIRE. »

Cela est aussi vrai en implantologie, domaine éminemment chirurgical, et *a fortiori* pour les greffes sinusiennes. En premier lieu, il s'agit d'un geste que la finesse de la membrane de Schneider rend très délicat. En second lieu et surtout, la sécurité et la qualité de cet acte chirurgical doivent être optimales car s'il relève du domaine de compétence de l'odontologiste, il se situe dans une région anatomique commune à diverses spécialités : chirurgien-dentiste, stomatologiste, chirurgien maxillo-facial, ORL. De ce fait, la prise en charge d'une éventuelle complication peut relever de celle, si le chirurgien-dentiste ne peut la gérer, d'un oto-rhino-laryngologiste ou d'un chirurgien maxillo-facial.

Pour mémoire, la recommandation qui venait conclure le rapport Vallancien consistait dans la fermeture pure et simple des services dont la faible activité devient à risque.

Peut-être serait-il sage que le chirurgien-dentiste, même bien formé, mais dont le recrutement implantaire ou de greffes serait par trop limité s'inspirât de l'esprit d'une telle recommandation ?

Société odontologique de Paris
6, rue Jean-Hugues
75116 Paris
Tél. : 01 42 09 29 13
Fax : 01 42 09 29 08
Tirage et diffusion :
40 000 exemplaires
Abonnement 1 an
(10 numéros) : 10 euros
Prix au numéro : 1,55 euro

Rédacteurs en chef :
Marc Roché, Meyer Fitoussi
Directeur de la publication :
Philippe Chalanset
Comité éditorial
Yvan Bismuth
Dominique Martin
Philippe Safar
Bernard Schweitz
Conception, réalisation :
Texto Éditions
Maquette :
Carine Montaillier
Photos :
B. Schweitz : pp. 1, 17, 27, 30
Fotalia : pp. 1, 3, 9, 11, 33
S. Nardot : p. 5
G. Mandel : p. 34
DR : pp. 6, 11, 14, 19

Internet :
www.sop.asso.fr
Secrétariat :
secrétariat@sop.asso.fr
Présidence :
président@sop.asso.fr
ISSN : 1285-3933

Régie publicitaire :
Philippe Chalanset
La Ngampis-Six
01 42 09 29 13
ngampis.six@sop.asso.fr

Impression : ACTIS

INTERVIEW

« Préparer le terrain à une reconnaissance internationale de la ROS »

Philippe Viargues, *rédacteur en chef de la* **Revue d'odonto-stomatologie (ROS)**

Cinq ans après le lancement de sa nouvelle formule, quel bilan dressez-vous de la *Revue d'odonto-stomatologie* ?
Notre ligne éditoriale, axée sur la publication d'articles scientifiques, en fait aujourd'hui une revue généraliste avec peu d'équivalents en France. Quand nous publions un article sur le collage, il s'agit plus sûrement d'une étude comparative des différentes lampes avec leurs longueurs d'onde ou de l'efficacité de tel ou tel adhésif que de la marque de fraise à utiliser. Nous ne sommes pas vraiment une revue de recettes…

Vous n'êtes pas la seule revue scientifique en odontologie en France…
Il existe certes d'autres revues de qualité, mais nous sommes parmi les seules revues généralistes à publier des articles originaux exigeants, sans rémunérer leurs auteurs, et qui traitent de toutes les disciplines de l'odontologie.
Pour ne prendre que cet exemple, nous publions très peu d'études *« À propos d'un cas »*, qui n'ont qu'un intérêt anecdotique ou celui, pour l'auteur, de montrer à quel point il est très compétent. Ce qui nous intéresse, c'est l'approche scientifique : dans quelle mesure un cas est-il reproductible ? Sur quel faisceau de présomptions repose la démonstration ? Sur quelles références s'appuie-t-elle ? Cela étant, si nous recevions des articles cliniques du niveau de celui qui a été récemment primé par la SOP [1], nous aurions beaucoup de plaisir à en publier un plus grand nombre !

Pourquoi avoir fait le choix de traduire les articles en langue anglaise ?
Il s'agit de préparer le terrain à la possibilité d'une reconnaissance internationale de la *ROS* : nous rêvons de parvenir un jour à ce que la revue soit référencée dans la base *Medline*, aux côtés des revues étrangères, notamment anglo-saxonnes. La seconde raison tient à ce que, pour les auteurs, cette traduction constitue une véritable valeur ajoutée. Or, pour publier des articles de qualité, encore faut-il être sollicité par des auteurs de qualité…

Précisément, comment recrutez-vous les auteurs ? Sont-ils exclusivement des auteurs francophones ?
Nous publions des auteurs français, bien sûr, mais également des auteurs d'Afrique du Nord, du Brésil, du Canada, du Danemark, des États-Unis, d'Israël ou encore du Sénégal. Depuis peu, nous avons une réputation dans les pays du Maghreb et nous publions régulièrement des auteurs de cette région qui, soit dit en passant, « produit » de remarquables odontologistes, notamment le Maroc. Il nous arrive régulièrement de publier des auteurs reconnus. D'ailleurs, nous préparons un numéro spécial sur la chirurgie maxillo-faciale, à paraître en novembre prochain, dans lequel des équipes de grande renommée doivent publier. Quant au recrutement des auteurs, nous recevons de plus en plus d'articles spontanés. Une vingtaine est actuellement en cours de relecture, ce qui n'est pas rien. Bien entendu, nous sollicitons également des gens de valeur. Enfin, dans cette aventure humaine qu'est la publication d'une revue, beaucoup de choses se déclenchent au cours de rencontres informelles.

Quels sont les principes qui vous conduisent à ne pas rémunérer les auteurs ?
Ceux qui conduisent toutes les revues scientifiques à ne pas le faire, c'est-à-dire la liberté et l'exigence de qualité. Lorsque vous commandez un article, vous ne pouvez plus le refuser – ou difficilement – si la qualité n'est pas au rendez-vous. Or, nous essayons d'être intransigeants sur ce point. Tous les articles publiés dans la *ROS* ne plaisent pas, mais tous sont d'une qualité irréprochable.

Comment les articles sont-ils sélectionnés et votre exigence de qualité vous bride-t-elle dans la publication d'articles s'écartant de la vérité académique ?
Notre comité de rédaction est composé de 17 personnes [2]. Il s'agit de gens investis dans la *ROS* et qui connaissent parfaitement leur matière. Chacun a ses tropismes en fonction de sa spécialité, mais globalement un consensus s'établit rapidement. Il suffit d'ailleurs qu'un ou deux membres émettent de sérieuses réserves sur un article pour que la décision soit prise de ne pas le publier. Quant aux articles s'écartant du *« politiquement correct »* en odontologie, nous les publions sous réserve qu'ils ne soient pas fumeux et que la prise de position soit solidement étayée.

Quelle évolution souhaitez-vous impulser à la *ROS* à court et moyen terme ?
La reconnaissance internationale, que j'évoquais tout à l'heure, passe tout d'abord par celle de nos universités. Or, celles-ci, plutôt que de tirer ces revues françaises vers le haut, les disqualifient purement et simplement au seul motif qu'elles ne sont pas anglo-saxonnes ! À l'heure actuelle, une parution dans la *ROS* vaut zéro point ! Ne sont prises en compte, au rang des travaux universitaires, que les seules parutions dans des publications anglo-saxonnes ou presque. Que je sache, ces revues publient parfois des articles médiocres ! Nous n'avons pas la prétention d'exiger qu'une parution dans la *ROS* vaille le même nombre de points qu'une parution dans le *Journal of Clinical Periodontology*, ou équivalent, mais un article est bon ou mauvais, quelle que soit la revue dans laquelle il paraît ! À cet égard, l'un des articles les plus référencés en ce moment dans la presse internationale est scientifiquement mauvais, mais tout auteur est obligé de le citer sous peine de paraître étourdi… La presse scientifique est aussi sujette à des engouements parfois irrationnels, qu'illustre l'importance inconsidérée que l'on donne à la revue plutôt qu'à l'article lui-même. ■

Comment recevoir la *ROS* ?

Revue trimestrielle publiée par la SOP, la *ROS* a été entièrement repensée en 2002 : ligne éditoriale basée sur un contenu essentiellement scientifique, traduction en anglais pour assurer un développement et un rayonnement international. À travers la *ROS*, la SOP entend affirmer sa vocation de société scientifique ainsi que ses valeurs d'indépendance et d'exigence. Deux formules sont aujourd'hui proposées pour recevoir la revue : l'abonnement simple d'une part, et l'adhésion à la SOP d'autre part, qui inclut, entre autres, l'abonnement à la *ROS*.

(1) « Édentement unitaire : de l'observation clinique à la prise de décision thérapeutique » de Nicolas Lehmann, Anne-Laure Simon et Gil Tirlet, publié dans la ROS *n° 1, février 2006.*

(2) Le comité de rédaction de la ROS *se compose comme suit. Rédacteurs en chef adjoints : Christian Cannac, Hervé Choukroun et Gérard Mandel. Comité de lecture : Denis Bouter, Frédéric Chiche, Jean Yves Cochet, Daniel Dot, Myriam Dridi, Franck Gallois, Pierre Jonas, Corinne Lallam-Laroye, Jean-Pierre Margainaud, Jean Meyer, Charles Micheau, Philippe Milcent, Jean-Raphaël Nefussi, Dominique Ribes, Jean-Pierre Proust, Ferdinand Tager.*

L'ASSISTANTE DENTAIRE JOUE UN ROLE PREPONDERANT
AU SEIN DE VOTRE CABINET

CNQ AOS

Elle est l'AUXILIAIRE INCONTOURNABLE, tant au niveau de la COMMUNICATION que du PLATEAU TECHNIQUE.

CNQAOS
Centre National de Formation des Assistants en Odonto-stomatologie
98-100 Chemin des Bourdons 93221 GAGNY CEDEX
Tél. : 01.41.53.53.53. Fax : 01.41.53.89.93.
infos-cnqaos@wanadoo.fr www.cnqaos.asso.fr

PARUTION

Trente ans d'expérience au service du traitement des dyschromies

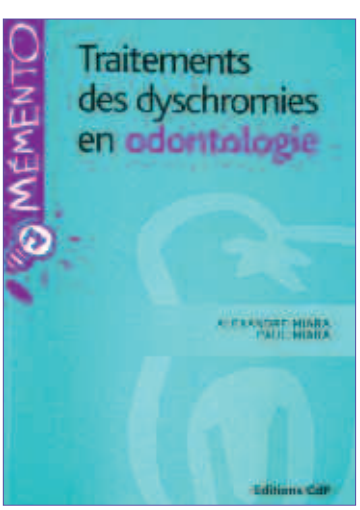
Coécrit par Paul Miara, pionnier de la dentisterie esthétique en France, l'ouvrage *Traitements des dyschromies en odontologie* constitue un outil de référence des techniques d'éclaircissement pour l'omnipraticien.

TOUT PRATICIEN, qu'il soit ou non convaincu de la nécessité de donner la primauté à l'esthétique dans sa pratique de la dentisterie, a ou aura à répondre à une demande d'information, voire d'un geste permettant de résoudre un problème lié à une teinte disgracieuse. En effet, les patients sont de plus en plus sensibilisés à ces questions.

Le Mémento des éditions CdP *Traitements des dyschromies en odontologie*, corédigé par l'un des pionniers de la dentisterie esthétique, Paul Miara, et son fils, Alexandre Miara, représente la somme de 30 ans d'expérience. Il constitue à ce titre un ouvrage pratique de référence qui traite des techniques d'éclaircissement, et non de blanchiment, comme tiennent à le préciser les auteurs dans l'introduction.

En six chapitres parfaitement iconographiés, le tour de cette question est tracé avec élégance. La démarche est parfaitement didactique puisque dans le premier chapitre, consacré au diagnostic, les mécanismes et les causes des diverses colorations sont définis en suivant une progression logique puis chronologique : coloration externe, la plus simple à traiter, puis interne, d'origine génétique, prénatale ou postnatale.

Le deuxième chapitre aborde le mode d'action des traitements chimiques d'éclaircissement utilisant le peroxyde d'hydrogène, le peroxyde de carbamide ou le perborate de sodium qui, tous, agissent sur les pigments colorés par le biais de l'agent oxydant qu'ils libèrent.



Traitements des dyschromies en odontologie
Alexandre Miara, Paul Miara
Éditions CdP
Collection « Mémento »
114 pages
52 €
www.editionscdp.fr

Le troisième chapitre, le plus volumineux, passe en revue les différents traitements d'éclaircissement des dents vitales (traitements ambulatoires et au fauteuil), précise les durées d'application en fonction de la concentration des gels utilisés ainsi que le délai prévisible d'obtention d'un résultat. Est détaillée la confection des gouttières pour la technique ambulatoire et pour la technique compressive au fauteuil (Paul Miara 2000) ainsi que tous les protocoles cliniques, décrits pas à pas tant pour cette méthode originale que pour la méthode faisant appel à une lampe d'activation spécifique. L'accent est alors mis sur la nécessaire et absolue herméticité des systèmes de protection des muqueuses.

En toute logique, le chapitre suivant traite de l'éclaircissement des dents non vitales. Il s'agit d'un chapitre qui concerne tous les praticiens tant la fréquence de cette situation clinique est élevée et tant la restauration prothétique d'une incisive centrale, par exemple, relève du défi. Pour cette technique d'éclaircissement interne, les auteurs soulignent qu'il faut veiller à ne pas utiliser d'eau oxygénée avec le perborate de sodium, sous peine de voir apparaître des résorptions cervicales.

Les deux derniers chapitres portent sur des techniques un peu plus invasives : la microabrasion et la confection de facettes de céramique collées. Là encore, les indications sont rappelées, les précautions soulignées et les protocoles cliniques détaillés. Les cas cliniques présentés sont non seulement explicites, mais leur absolue perfection place également en exergue la stupéfiante virtuosité d'un opérateur au sommet de son art. Quoi de plus convaincant ?

Si nous devions nous permettre quelque réserve, elle serait de deux ordres. Tout d'abord quand l'utilisation du peroxyde d'hydrogène est citée dans l'industrie du papier et du textile (page 33), pourquoi omettre de citer ce qui a fait sa célébrité : son utilisation en cosmétique capillaire par les stars Hollywoodiennes ? Ensuite, si nous pouvons accepter que ces produits ne soient pas des produits cosmétiques *stricto sensu*, compte tenu de la définition des cosmétiques dentaires donnée par la directive 76768 CE, les considérer comme des *« produits thérapeutiques »* et, partant, considérer qu'ils sont engagés dans des *« traitements à but thérapeutique »* devient un syllogisme. Une couleur différente peut être un symptôme, mais pas une maladie ! ■

Marc Roché

SOP FORMATIONS 2007

Vous n'êtes qu'à 35 questions de la bonne pratique en implantologie !

14 JUIN 2007
DE 9 H À 18 H

35 QUESTIONS-RÉPONSES EN IMPLANTOLOGIE

60 POINTS de FCO

Le jeudi 14 juin 2007, participez à la journée SOP et mettez en application votre formation dès le lendemain dans votre cabinet !

De la phase préimplantaire au scellement, toutes les réponses pour s'approprier une méthodologie rigoureuse en prothèse et en chirurgie implantaires.

Pour autant que l'on se pose les bonnes questions – toutes les bonnes questions – et que l'on se voie délivrer des réponses fiables, immédiatement applicables, la maîtrise concrète des protocoles adéquats en chirurgie et en prothèse implantaires est aisée. Cas cliniques à l'appui, l'équipe de Patrick Missika enchaînera, sur un rythme dense, les réponses aux 35 questions essentielles que l'on doit maîtriser pour exercer une implantologie fiable et sûre en omnipratique. Pour prendre le train de la modernité dentaire… et pour répondre à une demande des patients de plus en plus nombreuse.

Avec les interventions de : **Anne Benhamou, Marc Bert, Pierre Cherfane, Michaël Corcos, Guillaume Drouhet, Georges Khoury, Isabelle Kleinfinger, Patrick Missika, Bachir Rahal, Jean-Michel Stroumza, Hervé Tarragano, Bruno Tavernier, Eliott Zagroun**

Comité scientifique de la journée :
Hervé Bourlier, Marc Roché et Ariel Sebban

En savoir plus sur les 35 questions-réponses en implantologie ?
Lire notre dossier dans le *JSOP* n° 3 – mars 2007.

TARIF SPÉCIAL HÔTEL : 155 €
Offre réservée aux participants : 155 euros la chambre single ou double pour la nuit du 13 au 14 juin 2007 au Rive Gauche Saint-Jacques Hôtel (nombre de chambres limité). Contact : service Réservation (précisez Journée SOP).
Tél. : 01 40 78 78 40
Fax : 01 40 78 78 04

BULLETIN D'INSCRIPTION

35 QUESTIONS-RÉPONSES EN IMPLANTOLOGIE

PARIS – RIVE GAUCHE SAINT-JACQUES HÔTEL – 17, BD SAINT-JACQUES – 14e
à retourner accompagné de votre règlement* à la SOP :
6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris. Tél. : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

Nom : …… • **Prénom :** ……
Adresse : ……
……
Tél. : …… • **Adresse e-mail :** ……

***Tarifs :**
Inscription – membres SOP et FSSOSIF : 290 € ; autres : 350 €.

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
○ Oui ○ Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
○ SNCF ○ Air France

JSOP0607

Stop aux saignements

HEMOSTASYL™

Passez d'acte en acte en toute liberté

Hémostatique par action mécanique

Adhère à la muqueuse sans compression.
Action astringente grâce au chlorure d'aluminium.

Pratique

Application directe en bouche grâce à une seringue prête à l'emploi et aux embouts coudés à usage unique.

Rapide

Hémostase obtenue dans tous les cas en moins de 2 minutes. Dans la plupart des cas, quelques secondes suffisent.
Elimination aisée.

Efficace

Après arrêt du saignement, vous pouvez continuer votre traitement dans des conditions optimales (collage, scellement, prise d'empreinte, etc.).

PIERRE ROLLAND
ACTEON Pharma

CE 0120

N Vert 0 800 30 01 29

17 av. Gustave Eiffel • BP 30216 • 33708 MERIGNAC cedex • FRANCE • Tel +33 (0) 556 34 06 07 • Fax +33 (0) 556 34 92 92 • E-mail: pierre-rolland@acteongroup.com • www.acteongroup.com

SOP FORMATIONS 2007

Plan de traitement :

à chaque patient sa partition !

11 OCTOBRE 2007
DE 9 H À 18 H

UN PLAN DE TRAITEMENT ? POUR QUOI FAIRE ?

60 POINTS de FCO

Le jeudi 11 octobre 2007, participez à la journée SOP et mettez en application votre formation dès le lendemain dans votre cabinet !

En savoir plus sur le plan de traitement ? Lire notre dossier dans le *JSOP* n° 5 – mai 2007.

TARIF SPÉCIAL HÔTEL : 155 €
Offre réservée aux participants : 155 euros la chambre single ou double pour la nuit du 10 au 11 octobre 2007 au Rive Gauche Saint-Jacques Hôtel (nombre de chambres limité). Contact : service Réservation (précisez Journée SOP). Tél. : 01 40 78 78 40 – Fax : 01 40 78 78 04

Passer des solutions techniques toutes faites à l'élaboration d'un plan de traitement adapté au patient.

Élaborer un plan de traitement global adapté au patient – y compris dans ses attentes économiques, esthétiques… – pour décider des solutions techniques appropriées, c'est la clé de la réussite thérapeutique, relationnelle et organisationnelle. À l'aide d'arbres décisionnels, cas cliniques à l'appui, les conférenciers – confrontés à leur contradicteur – proposeront une méthode fiable d'élaboration d'un plan de traitement global. Pour prendre en compte, d'une manière simple, la complexité des variables du choix.

- **Jean-Pierre Attal et Gil Tirlet :** Traiter la dent unitaire
- **Alain Brabant et Dominique Estrade :** L'édentement encastré de faible étendue
- **Jean-François Laluque et Daniel Brocard :** Réhabilitation complexe et pluridisciplinaire
- **Philippe Pommarède :** Prévenir les conflits avec le patient
- **Edmond Binhas :** Obtenir le consentement du patient

BULLETIN D'INSCRIPTION

UN PLAN DE TRAITEMENT ? POUR QUOI FAIRE ?

PARIS – RIVE GAUCHE SAINT-JACQUES HÔTEL – 17, BD SAINT-JACQUES – 14e
à retourner accompagné de votre règlement* à la SOP :
6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris. Tél. : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

Nom : …… • **Prénom :** ……

Adresse : ……

……

Tél. : …… • **Adresse e-mail :** ……

***Tarifs**
Inscription avant le 3 septembre 2007 – membres SOP et FSSOSIF : 250 € ; autres : 310 €.
Inscription après le 3 septembre 2007 – membres SOP et FSSOSIF : 290 € ; autres : 350 €.
Tarif spécial 120 € : inscription avant le 6 juillet 2007 (membres à jour de leurs cotisations 2006 et 2007 et n'ayant pas déjà utilisé cette offre).

JSOP0607

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
○ Oui ○ Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
○ SNCF ○ Air France

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Comment gérer le conflit patient/praticien ?

De la réclamation amiable à la procédure judiciaire, quelle attitude pour gérer au mieux les différentes voies du litige avec le patient ?

QUELLE ATTITUDE ADOPTER lorsqu'un patient conteste la qualité des soins et qu'il s'estime victime d'un dommage dont le praticien serait, selon lui, responsable ? En l'absence de réclamation, alors que l'existence d'un dommage est évidente, le praticien doit :

- **Assurer le suivi thérapeutique**, en corrigeant ou refaisant, gratuitement, par exemple, une prothèse dentaire qui ne serait pas satisfaisante ;
- **Réduire autant que possible les conséquences du dommage**. Pour ce faire, il peut faire pratiquer des radiographies des voies aériennes et digestives en cas de suspicion d'ingestion d'un corps étranger par le patient lors des soins. En effet, il est déjà arrivé qu'un instrument canalaire ou un inlay-core que l'on croyait ingéré accidentellement par le patient ait en réalité été inhalé, avec des conséquences nettement plus graves en l'absence d'intervention pour retirer ce corps étranger. Le chirurgien-dentiste peut également prescrire une thérapeutique à base de complexes vitaminés B1 et B12, ainsi que des anti-inflammatoires, sauf contre-indication particulière, lorsque le patient présente des symptômes de paresthésie suite à une extraction de dent ou à un dépassement de pâte ;
- **Rester à l'écoute du patient**, l'informer sur les conséquences prévisibles et le rassurer autant que possible afin d'éviter une réclamation ultérieure. Nombre d'entre elles surviennent du fait d'un manque de communication entre le patient et le praticien. Ainsi, en cas de paresthésie, il faut informer le patient de ses chances de récupération dans les 18 à 24 mois suivant le début des symptômes ;
- **Contacter son assureur en responsabilité civile** qui ne manquera pas d'indiquer s'il est opportun de nous adresser une déclaration conservatoire en vue d'une éventuelle réclamation.

Toujours répondre aux courriers

En cas de réclamation amiable, la plainte du patient peut prendre la forme d'une demande directe de remboursement d'honoraires ou de prise en charge de frais futurs. Mais elle peut également être exprimée indirectement par une simple contestation de la qualité des soins prodigués. La réclamation peut être orale ou écrite, consister dans une plainte auprès du conseil de l'Ordre ou un refus de régler des honoraires fondés sur une contestation de la qualité des soins. Il est recommandé au chirurgien-dentiste de :

- **Tenter de maintenir le contact avec le patient** et lui proposer d'assurer son suivi thérapeutique à titre gratuit ;
- **Ne jamais laisser un courrier de réclamation sans réponse**, ne serait-ce que pour communiquer au patient ou à son mandataire les coordonnées d'une compagnie d'assurances habilitée à recueillir ses doléances. En effet, le silence du praticien pourrait être interprété comme un refus catégorique de transiger, incitant le patient ou son mandataire à entamer une procédure judiciaire, alors que celle-ci aurait éventuellement pu être évitée par une transaction amiable ;
- **Refuser de régler directement le patient** si le praticien n'a pas l'intention d'assumer seul cette décision ;
- **Le praticien peut rechercher personnellement une transaction amiable avec son patient**, afin de mettre rapidement un terme au litige. C'est ce que lui proposera le conseil départemental de l'Ordre dans le cadre de la tentative de conciliation, mais prudence, car cette décision du praticien n'est pas opposable ;
- **Ne pas reconnaître sa responsabilité**, même si elle semble engagée. Le praticien doit uniquement accepter de transiger à titre de conciliation pour mettre fin au litige ;
- **Signer un protocole d'accord avec le patient** par lequel le praticien s'engage à lui verser la somme convenue, moyennant l'engagement du patient de mettre un terme à ses réclamations concernant l'incident en question. Si la transaction n'a pas lieu sous le contrôle du conseil de l'Ordre, un modèle de protocole d'accord peut être obtenu auprès de nos services ;
- **Ne pas hésiter à contacter la MACSF pour conseil** : par exemple, ne pas rembourser l'intégralité des honoraires versés pour les soins ou travaux litigieux, mais seulement ceux restés à la charge du patient, déduction faite des remboursements des organismes sociaux ;
- **Ne pas oublier qu'il n'y a pas d'obligation à transiger directement avec le patient** et que le chirurgien-den-

tiste peut s'en remettre à son assureur pour gérer ce litige. En cas d'échec de la tentative de conciliation, le praticien devra indiquer les coordonnés de celui-ci à son patient et adresser immédiatement sa déclaration de sinistre, et ce même si *a priori* la réclamation semble infondée. Précisons qu'une déclaration de sinistre ne vaut pas reconnaissance de responsabilité.

Si le patient refuse de régler…

Dans le cas particulier où le patient refuserait de régler le solde des honoraires au motif que les soins, traitements ou travaux ne lui auraient pas donné satisfaction, le praticien doit suspendre toute procédure de recouvrement d'honoraires et adresser un dossier complet à son assureur afin que celui-ci évalue le fondement de la contestation du patient et le conseille sur l'opportunité de poursuivre ou non cette procédure.

En effet, il est parfois préférable pour le praticien de renoncer à ses honoraires plutôt que de s'engager dans une procédure à l'issue de laquelle il pourrait être condamné au paiement de dommages et intérêts supérieurs au montant dû.

En cas de procédure judiciaire – qu'il s'agisse d'une assignation en référé expertise, d'une assignation au fond ou d'une opposition à injonction de payer… –, le praticien devra impérativement :

- **Adresser immédiatement à son assureur l'acte de procédure** (par fax si l'urgence l'exige) après l'en avoir informé par téléphone et lui transmettre dans les plus brefs délais la déclaration complète ;
- **Éviter de saisir son avocat personnel** pour sa défense. Son assureur saisira l'un de ses avocats correspondants habituels, même dans un court délai ;
- **Être présent lors des opérations d'expertise** ;
- **Faire part de ses observations à son assureur** en temps et en heure afin de lui permettre d'assurer au mieux sa défense.

La MACSF compte sur la diligence et la réactivité des chirurgiens-dentistes en cas de réclamation d'un patient : la gestion d'un litige et la défense d'un confrère ne peuvent pas se faire sans sa coopération. Par ailleurs, le service des sinistres dentaires se tient à la disposition des praticiens pour tout conseil et information sur la gestion des dossiers. ■

Lucie Rymer, juriste,
Le Sou médical – Groupe MACSF

Déclaration de sinistre, mode d'emploi

Pour respecter le secret médical, l'ensemble des pièces médicales doit être adressé sous pli confidentiel.

ADRESSEZ-NOUS PAR COURRIER RECOMMANDÉ avec accusé de réception de préférence :

- La relation chronologique et détaillée des soins, traitements et travaux réalisés, en précisant impérativement la date de début des soins, traitements et/ou travaux litigieux, et la date de réclamation du patient, le nom et les coordonnées de celui-ci, ses doléances telles qu'elles sont connues ;
- La copie de la fiche clinique ;
- La copie du devis en cas de traitement prothétique, implantaire ou orthodontique ;
- La copie du consentement éclairé en cas de traitement orthodontique ou implantaire ;
- Les radiographies originales en votre possession ;
- La copie de l'ensemble des courriers échangés dans le cadre du litige ;
- Les éventuels actes de procédure (assignation, opposition à injonction de payer…).

Pour respecter le secret médical, l'ensemble des pièces médicales doit être adressé sous pli confidentiel à l'attention de notre expert-conseil. ■

Où adresser votre déclaration de sinistre ?

Le Sou médical – Groupe MACSF
Service sinistres dentaires
10, cours du Triangle-de-l'Arche
TSA 40100
92919 La Défense Cedex
Tél. : 01 71 23 80 92 – Fax : 01 71 23 88 92

OMNIPRATIQUE

Le diagnostic et la prise en charge dentaire du syndrome de Gorlin

Le chirurgien-dentiste joue un rôle de premier plan dans le diagnostic précoce de cette maladie génétique caractérisée par des kystes odontogènes.

Plus de 5 000 maladies rares sont recensées dont près de 80 % sont d'origine génétique. Plus d'une centaine de ces maladies ont des répercussions dentaires. Les odontologistes doivent s'interroger sur l'origine de certaines malpositions, agénésies, dysgénésies et leurs éventuelles transmissions selon les lois de Mendel. Dans certains cas, le chirurgien-dentiste se trouve dans la position de réaliser, le premier, le diagnostic ou d'être un acteur majeur de la prise en charge thérapeutique.

La nævomatose baso-cellulaire, ou syndrome de Gorlin, en est un parfait exemple. C'est une maladie génétique autosomique dominante à pénétrance complète et à expressivité variable. Elle a été identifiée par Goltz et Gorlin en 1960. Elle associe à un syndrome malformatif une prédisposition à des tumeurs. Elle est due à une mutation perte de fonction du gène PTCH localisé sur le bras long du chromosome n° 9, et qui code pour une protéine assurant le rôle de récepteur dans la voie de signalisation *Sonic Hedgehog* impliquée dans la différenciation du bourgeon dentaire.

Symptomatologie

Cette dysembryoplasie complexe associe dans ses formes complètes des manifestations cutanées (porokératose palmo-plantaire, nævi baso-cellulaires), maxillo-dentaires (kystes odontogènes), squelettiques (anomalies costo-vertébrales et des segments distaux, calcification ectopique de la faux du cerveau), neurologiques, endocriniennes, oculaires et une prédisposition aux tumeurs qui fait toute la gravité de la maladie (carcinome baso-cellulaire, médulloblastome, fibrome ovarien, myxome cardiaque, etc.).

Ces différentes manifestations cliniques apparaissent souvent décalées dans le temps, et le diagnostic est souvent tardif exposant les patients à un risque tumoral sans pouvoir bénéficier de surveillance. Les premiers signes qui permettent de faire le diagnostic sans ambiguïté sont fréquemment maxillo-dentaires.

Radiographie panoramique d'une patiente atteinte d'un syndrome de Gorlin. Un kératokyste odontogène est apparent au niveau du follicule de 44, et un autre au niveau de 13. À noter que l'exérèse d'un KO a entraîné la perte de 32, 33 et 34.

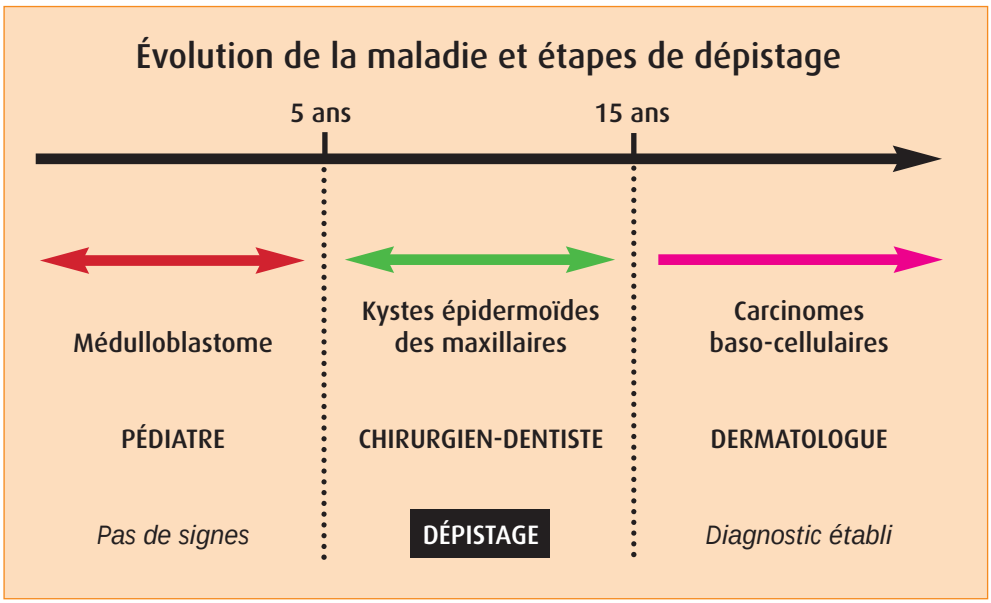
Diagnostic

Il convient de rappeler en premier lieu que, même pour une maladie héréditaire, le diagnostic peut être porté en dehors de tout contexte familial. En effet, la moitié des cas observés de cette maladie sont sporadiques, résultant d'une mutation *de novo* du gène responsable.

Le chirurgien-dentiste doit être interpellé par la découverte radiologique de plusieurs kystes odontogènes (KO) des maxillaires chez l'enfant ou chez l'adulte. Le caractère multiple est quasiment pathognomonique de la maladie d'où le rôle prépondérant du chirurgien-dentiste qui remarquera alors un *« faciès évocateur »* avec macrocéphalie, protubérance des bosses frontales et pariétales, une base du nez élargie et parfois un hypertélorisme.

Cette maladie se caractérise donc par l'apparition précoce, vers huit ans, de multiples KO. Parfois, les premiers KO ne peuvent apparaître qu'à l'âge adulte. Ces lésions bien que bénignes sont localement très invasives et peuvent aboutir à l'égression, la malposition de nombreuses dents, voire même à la fracture spontanée de la mandibule. Cette multiplicité de lésions kystiques contraste avec les KO sporadiques et habituellement solitaires rencontrés dans les cas non liés à ce syndrome. Le KO est caractérisé par une croissance très rapide, une localisation variable et surtout un polymorphisme radiologique important. L'image radiologique la plus commune de cette lésion est celle du kyste dentigère, mais on retrouve également des images

de kystes primordiaux, résiduels, latéro-radiculaires ou d'améloblastomes. Seule une analyse histologique sera capable de confirmer ou d'infirmer la nature de cette lésion. Les autres signes dentaires sont plus rares, comme le rétrognathisme mandibulaire, la voûte palatine ogivale, et parfois la présence d'un bec-de-lièvre avec ou sans fente palatine associée. Enfin, on décrit également des anomalies de forme conoïde.
La profusion de signes cliniques ainsi que l'importante variabilité de l'expression de la maladie rendent le diagnostic malaisé. Une étude moléculaire doit alors être envisagée par recherche de mutations du gène PTCH.



Traitement des kystes odontogènes

Bien que bénins, les KO nécessitent un traitement rapide et précis. De nombreuses techniques opératoires ont été décrites (cryothérapie, résection segmentaire…). Nous n'en retiendrons que deux :

- l'énucléation simple consiste dans l'exérèse de la lésion kystique en prenant un soin particulier à éliminer la membrane épithéliale kératinisée souvent incriminée lors des récidives ;
- la marsupialisation, technique qui paraissait obsolète encore il y a peu, revient à l'ordre du jour. Elle consiste à réaliser une fenêtre dans le mur kystique, permettant ainsi une décompression de la lésion. Cette fenêtre doit être fermée par un obturateur en résine acrylique, et le suivi du patient doit être rigoureux. Un auteur japonais rapporte des cas de rémission complète en employant ce protocole opératoire. En revanche, une bonne coordination de la part du patient et du praticien et une motivation certaine sont indispensables pour choisir ce mode opératoire.

Ces deux techniques peuvent être combinées avec une irrigation à la chlorexidine 0,2% permettant une dédifférenciation kystique pour diminuer le risque de récidive.
La décision thérapeutique comporte l'analyse de divers éléments comme la proximité de structures anatomiques avoisinantes (sinus maxillaire, fosses nasales, canal mandibulaire), la présence de germes dentaires inclus et bien sûr la psychologie du patient.
Le traitement de ces lésions devrait être l'apanage des chirurgiens-dentistes, qui ont toujours une vision plus conservatrice ainsi qu'un projet thérapeutique global avec une composante prothétique.
La surveillance radiologique incombe également aux chirurgiens-dentistes. On préconise une surveillance radiologique systématique annuelle pendant la période critique entre 8 et 25 ans. Ensuite, cet intervalle peut être porté à une radiographie tous les deux ans.

Prise en charge

Comme toute maladie génétique polysymptomatique, le syndrome de Gorlin nécessite une prise en charge multidisciplinaire coordonnée autour du généticien. Le conseil génétique est important pour ses rôles d'information et de prévention. Prévention, car l'apparition de cancers peut être anticipée en mettant en place une surveillance appropriée, en particulier dermatologique et gynécologique. Le second intérêt du conseil génétique est l'information au patient du risque de 50% de transmission de la maladie à sa descendance qui sera exposée à un risque de tumeur cérébrale dans la petite enfance, âge où il est difficile de faire le diagnostic de la maladie sans recourir au test génétique. Dans cette prise en charge, le chirurgien-dentiste a un rôle diagnostique et thérapeutique primordial. ■

Pierre Alexandre Viguier
Faculté d'odontologie
Université Victor-Segalen – Bordeaux 2
Philippe Gorry
Service de génétique médicale
CHU de Bordeaux

Correspondance :
phgorry@u-bordeaux2.fr

L'art dentaire vu des États-Unis

Midwinter 2007

Esthétique, implants et business !

L'édition 2007 du Midwinter a fait la part belle aux implants et aux reconstitutions collées du secteur antérieur. Sans oublier l'abondance des conférences sur l'organisation et la gestion des cabinets dentaires…

Le tourbillon d'enthousiasme propre aux États-Unis d'Amérique et aux Américains était au rendez-vous de cette édition du congrès du Midwinter, du 22 au 25 février 2007, à Chicago. Tant du côté des conférences, des travaux pratiques que de l'exposition, l'envie de tous les participants d'aller de l'avant constitue une véritable source d'émerveillement. Les conférenciers donnent le meilleur d'eux-mêmes, les congressistes sont attentifs et bienveillants, les exposants accueillants (même avec les Français !), et les visiteurs très curieux. Cette ambiance tient en grande partie à ce que les participants viennent en équipe, praticiens, assistantes et hygiénistes.

Malgré cela, nous sommes quelque peu restés sur notre faim quant à la qualité du programme et au casting. En effet, cette année, beaucoup de grands noms manquaient à l'appel, même si Christensen, Spear ou Misch étaient fidèles au poste. Nous étions habitués à retrouver les Buchanan, Garber et autre Nathanson. Ils n'étaient pas là !

Quant à la teneur de ce programme, on pourrait le résumer en trois mots : esthétique, implants et business. Avec un peu de mauvais esprit, on pourrait même se demander si, outre-Atlantique, on traite encore les dents postérieures, la maladie parodontale et les racines des dents ! En effet, le congrès a, cette année, fait la part belle aux implants et aux reconstitutions collées, directes et indirectes du secteur antérieur. Sans oublier les conférences sur l'organisation et la gestion des cabinets, dont la place grandissante confirme la tendance des derniers congrès.

Mais, ces réserves posées sur les thèmes abordés, la qualité des présentations, généralement irréprochables, était au rendez-vous.

Que faut-il retenir des conférences ? En premier lieu, on a relevé celle de Jeffrey Rouse qui, dans la droite ligne de John Kois, a passé en revue avec beaucoup de brio toutes les étapes de la prothèse conjointe conventionnelle. George Priest se sera fait également remarquer sur la réhabilitation de la ligne du sourire. Gary Goldstein, quant à lui, a

> « *Les conférenciers donnent le meilleur d'eux-mêmes, les congressistes sont attentifs et bienveillants.* »

dressé un état très intéressant de la dentisterie basée sur la preuve. Carl Misch délivra quelques clés de succès dans les traitements implantaires. Et puis, nous n'avons bien sûr pas échappé au désormais traditionnel débat « *Implant ou retraitement endodontique ?* », dont la haute tenue était nourrie par des intervenants assez objectifs.
Quelques mots, enfin, de l'exposition, toujours aussi impressionnante par sa taille. Les plus grands stands étaient constitués des laboratoires proposant des produits d'hygiène. On relèvera surtout que les systèmes d'aide optique affirmaient une présence très remarquée avec des loupes et des lumières froides, bien sûr, mais aussi et surtout des microscopes, dont l'utilisation de plus en plus aisée laisse à penser qu'ils vont, à moyen terme, faire une entrée massive dans nos cabinets. Naturellement, implants et lasers se retrouvaient aussi dans chaque allée. Enfin, et personne n'en sera surpris, les cabinets de consultants en management prolongeaient leur présence dans les salles de conférences par de nombreux stands au sein de l'exposition. ●

Philippe Safar
avec Hervé Choukroun, Hervé Bourlier,
Pierre Machtou et Bernard Schweitz

IMPLANTOLOGIE

Une étude à dix ans pour mesurer le succès des dents postérieures sur implants

Pour Carl Misch les complications en implantologie viennent du dessin de l'implant et de sa surface. Les complications et une résorption osseuse sont provoqués par un effort biomécanique excessif.

L'ÉVÉNEMENT DE CE CONGRÈS aura été sans conteste l'intervention de Carl E. Misch, qui présentait le résultat d'une étude à dix ans portant sur des implants unitaires postérieurs. Il enregistre un taux de succès très important pour le remplacement des dents manquantes : de 75 % à 10-15 ans pour des unitaires qui supportaient des prothèses partielles, et de 95 % pour des couronnes unitaires.
Pour Carl Misch, les avantages liés aux implants unitaires sont de plusieurs ordres. En premier lieu, les dents saines adjacentes ne requièrent pas de préparation. En deuxième lieu, on donne une réponse à un besoin psychologique du patient. En troisième lieu, on réduit les risques de carie des dents adjacentes. Enfin, on prévient les risques de traitement endodontique et les risques de déplacement des dents adjacentes.
Selon Carl Misch, on enregistre un taux de succès de 98 % à 99 %, dans la mesure, bien sûr, où les conditions requises sont observées et que les cas sont sélectionnés. De la sorte, on améliore l'hygiène des dents adjacentes et l'esthétique de la cavité buccale et l'on maintient l'os dans le site édenté, autrement dit on réduit la perte osseuse au minimum. Le coût est moins élevé qu'un bridge, si on le rapporte au temps. Ainsi aujourd'hui, non seulement l'Université devrait enseigner l'implantologie dans un cursus normal, mais l'implantologie devrait faire partie des disciplines reconnues au même titre que l'endodontie ou la prothèse.
De quoi s'agit-il ? La dentisterie doit, selon Carl Misch, répondre à trois questions : l'esthétique, la biologie et la mécanique. La biologie convoque, bien entendu, les disciplines de l'endodontie, de la parodontie et tous les phénomènes qui intéressent le processus carieux. Pour ce qui est de l'enjeu mécanique, l'essentiel des sciences en relation avec les problèmes posés par les implants est en rapport avec le stress biomécanique. C'est l'équation force/surface. Et de là viennent les échecs.
À cet égard, pour Carl Misch, les mini-implants relèvent d'un non-sens, du fait de ce problème biomécanique, car ils sont trop fragiles. Y recourir constituerait une faute du praticien.

Dynexan® 2%
crème buccale

Chlorhydrate de lidocaïne

Dynexan® 2% Tube de 10 g

Anesthésique de 1ère intention*

Traitement symptomatique des lésions douloureuses de la cavité buccale (dès 6 ans)

Rapide Efficace Précis

*sur prescription médicale

DÉNOMINATION: DYNEXAN® 2%, crème buccale. ***COMPOSITION :*** Chlorhydrate de lidocaïne : 20,00 mg pour 1g. ***FORME PHARMACEUTIQUE :*** Crème buccale. ***DONNÉES CLINIQUES :*** **Indications thérapeutiques :** Traitement symptomatique de courte durée des lésions douloureuses de la cavité buccale. Anesthésie locale de contact avant explorations instrumentales en odontostomatologie. **Posologie et mode d'administration* :** Adulte et enfant de plus de 6 ans : Application de 0,5 g de crème, 4 fois par jour maximum. **Contre-indications :** Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à l'un des constituants de la formule, en particulier à la lidocaïne ou aux anesthésiques locaux en général. **Mises en garde* :** Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans. **Interactions* :** En principe, ne concernent pas l'utilisation par voie locale. **Grossesse* :** Utilisation possible sur une courte période et sans dépasser les doses préconisées. **Allaitement :** Utilisation possible. **Effet sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines :** Pas de données particulières. **Effets indésirables* :** Des réactions allergiques sont possibles. **Surdosage* :** Non attendu dans les conditions normales d'utilisation. ***PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :*** **Propriétés pharmacodynamiques* :** Effet rapide (une minute) et de longue durée (environ une heure). **Propriétés pharmacocinétiques* :** Métabolisme hépatique et élimination urinaire. **Sécurité préclinique* :** Ce traitement ne doit pas être administré sur une longue période et au-delà des doses préconisées. ***DONNÉES PHARMACEUTIQUES :*** **Liste des excipients* :** Chlorure de benzalkonium, éthanol à 96%, mélange aromatique. **Incompatibilités :** Sans objet. **Durée de conservation :** 3 ans. Ne pas conserver à plus de 25°C. **Nature et contenu de l'emballage extérieur :** 10 g en tube (Aluminium verni). ***AMM :*** 352 798-9. LISTE II. Prix: 4,58 €. Remb. Séc. Soc. à 35% - Collect. ***DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT :*** 25 novembre 2004. ***DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :*** 23 février 2006. ***Pour une information complète, consulter le dictionnaire VIDAL.**

EXPLOITANT: Laboratoire KREUSSLER PHARMA - 18, avenue Parmentier - 75011 PARIS - Fax.: 01 43 70 21 06.

N° indigo 0 825 887 885

AP DYN - Primoconcept 10/06

ENCORE UNE PREMIERE
par le leader du blanchiment

Maintenant

BLANCHIMENT & PROTECTION DE L'EMAIL

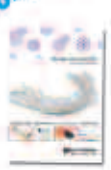
Les derniers travaux de recherche mettent en évidence que l'Opalescence PF, grâce à sa formule **nitrate de potassium + fluor** :

- **Renforce l'émail** (augmentation du contenu minéral pour plus de résistance)'
- **Réduit les sensibilités**

Opalescence
systèmes de blanchiment dentaire

Le leader du blanchiment

Disponible !



Le DVD Opalescence : toutes les procédures de blanchiment en vidéo.

04 90 42 98 54 — Quartier de l'Opéra - BP 60 - 13680 Lançon de Provence

ULTRADENT PRODUCTS, FRANCE

© 2006 Copyright Ultradent Products, Inc. 1. Al Qunaian TA. The Effect of Whitening Agents on Caries Susceptibility of Human Enamel. Operative Dentistry, 2005.

S'agissant des échecs, Carl Misch constate un taux d'échec de 18 % à 19 % au maxillaire supérieur, et un taux nettement moindre à la mandibule s'élevant à 10 %. Après 18 mois d'intégration, en principe, la stabilité est obtenue. Les échecs surviennent assez rapidement après la pose du fait de la surcharge par perte osseuse. C'est à ce moment-là que l'on peut dire qu'il y a perte de temps, perte d'argent et perte de confiance du patient. Le matériau se déforme sous l'effet des forces occlusales, mais rarement à la suite d'un problème de plaque bactérienne. La fonction de l'or dans la restauration de la suprastructure s'avère importante car il absorbe les forces appliquées.

De gauche à droite, Bernard Schweitz, Hervé Choukroun, Hervé Bourlier, Eric Hazan, John F. Fredricksen (président en exercice du Midwinter 2007), Meyer Fitoussi et Philippe Safar.

ÉQUATION DE LA FORCE

Carl Misch établit une classification des types d'os en fonction de la trabéculation avec quatre types d'os, depuis le *D1 Bone*, l'os dense et cortical représenté par la région mandibulaire antérieure, jusqu'au *D4 Bone*, qui a une trabéculation extrêmement fine et se caractérise par une densité osseuse au niveau de la zone mandibulaire postérieure. Le stress qui survient au niveau de l'os est représenté par l'équation de la force sur la surface en fonction de la direction et de la durée de cette force. Par conséquent la résistance de l'os dépend de l'importance de la surface de l'implant et du nombre des implants. Ainsi, le maxillaire supérieur nécessite un nombre d'implants significativement supérieur à celui que requiert la mandibule, du fait de cette trabéculation moins dense. Il convient donc, selon Carl Misch, de multiplier le nombre des implants au maxillaire supérieur pour obtenir une résistance suffisante.

Quant aux implants courts, leur utilisation est fonction de la hauteur de l'os, même si le dessin est identique. Dans tous les cas il convient d'utiliser la plus grande longueur et d'éviter les greffes : 7 à 9 millimètres conduisent à un taux d'échec de 16 %, 10 à 16 millimètres, de 9 % quand, au-dessus de 16 millimètres, les échecs sont rares.

CINQ FACTEURS DE PERTE OSSEUSE

Carl Misch identifie cinq grands facteurs de perte osseuse : le trauma chirurgical pendant une intervention mal réalisée, la surcharge occlusale, le module d'élasticité de l'os, la péri-implantite, le *microgap* ou le microvide, c'est-à-dire l'espace situé entre les deux parties, suprastructure et infrastructure – de l'ordre du micron – au niveau de la jonction des deux pièces.

Si, pour Garguilo, l'espace biologique est de 2,04 millimètres pour les dents naturelles (résultat qui reste très discutable, pour Carl Misch), il faudra au moins trois millimètres pour les implants. À travers des études *in vivo* et *in vitro* réalisées dans ses laboratoires, Carl Misch montre que la perte osseuse est moindre avec des surfaces très lisses et un col long qu'avec un col court et des surfaces non polies.

Pour Carl Misch, la majeure partie des implantologistes estime que la résorption osseuse survient à la suite d'une inflammation due à une infection bactérienne. Ce n'est pas son avis. La résorption osseuse survient, pour lui, à la suite d'un trauma occlusal, d'un effort excessif au niveau de l'implant. La preuve, selon lui ? Les mylolyses ne viennent pas d'un mauvais brossage : on les retrouve chez des gens qui ne se brossent pas les dents ! Ainsi, par polarisation, on a pu montrer les efforts auxquels sont soumises les dents qui perdent leur émail au niveau du collet. De la même façon, on a pu montrer par polarisation les efforts auxquels sont soumis les implants. Il apporte ainsi la preuve théorique que les implants surchargés provoquent une résorption osseuse importante suivant certaines lignes de la polarisation.

UN IMPLANT N'EST PAS UNE DENT !

Pour conclure son intervention, Carl Misch confirme en premier lieu les conclusions de Zarb : toutes les complications en implantologie proviennent du dessin de l'implant et de sa surface. En cela, il valide également ce que Karonsis et ses collaborateurs avançaient dans le *Clinical and Oral Implantology* (2004) à l'appui d'une comparaison entre implant ITI et Branemark : une surface rugueuse n'arrête pas la perte osseuse.

En deuxième lieu, pour Carl Misch, un implant n'est pas une dent. Enfin, à ses yeux, l'élargissement et une résorption osseuse au niveau de l'implant sont provoqués par un effort biomécanique excessif. ●

OMNIPRATICIEN
Votre
Microscope

Le microscope dentaire
KAPS:

- Haute Qualité Optique
- Évolutivité
- Ergonomie

DENT
46

3MC Concept

Précision
Vision
Position

Votre CONFORT

3MC Concept – 1 Place Paul Verlaine 92100 BOULOGNE
Tél./Fax: **01 47 09 60 18** Portable: **06 64 26 11 93**
Email: **3mcconcept@wanadoo.fr**

TRAITEMENT PROTHÉTIQUE

La perfection en prothèse fixée, selon Jeffrey Rouse

Des étapes cliniques aux matériaux, Jeffrey Rouse a présenté les voies de la réussite et de la pérennité en matière de prothèse fixée.

DÉLIVRER UNE SÉRIE de directives assurant une prothèse fixée pérenne. Tel était l'objectif de Jeffrey Rouse qui, au cours de sa conférence, a passé en revue toutes les étapes cliniques, depuis les principes de préparation des dents jusqu'à l'empreinte. À commencer par la définition de la rétention d'une couronne, liée à l'ensemble des particularités d'une préparation pour s'opposer aux forces verticales ou horizontales de désinsertion. S'agissant de la conicité, *« opérateur dépendant »*, elle varie de 8 % à 20 % selon l'accessibilité de la dent. L'idéal est une conicité de 6°, sur 3 millimètres au minimum pour les dents antérieures et sur 4 millimètres pour les dents postérieures, à partir de la limite cervicale de la préparation (J. Kois).

PERTE DE RÉSISTANCE

Au-delà de 10° de conicité, les forces de désinsertion augmentent considérablement. La perte de résistance due à l'augmentation de la conicité constitue un phénomène progressif. Le ciment de scellement se rompt lorsque la hauteur du pilier soumise à des forces répétées de compression et de cisaillement est insuffisante.

L'effet de *« ferrule »* (autrement dit, le cerclage de la dent) doit être recherché sur au moins 2 millimètres de tissu sain afin de lutter contre les fractures verticales. La chambre pulpaire participe à cet effet de *« ferrule »* en offrant une résistance des parois.

Concernant la hauteur et le diamètre de préparation, la relation entre la hauteur, le diamètre et la résistance aux charges latérales est linéaire. Pour Jeffrey Rouse, la hauteur de la préparation doit être supérieure à une fois et demi le diamètre de la dent. Enfin, d'évidence, l'adjonction de rainures et de boîtes proximales, la réalisation de préparations parallélépipédiques augmenteront la résistance aux forces de descellement.

RESPECTER L'ESPACE BIOLOGIQUE

Jeffrey Rouse aborde le problème du respect des tissus parodontaux par cette question : pourquoi les dents réagissent-elles différemment d'un cas clinique à l'autre, alors que la procédure prothétique utilisée reste identique ? C'est dans le problème de l'espace biologique, du contour gingival et de l'architecture osseuse qu'il faut chercher l'explication. L'espace biologique varie d'une dent à l'autre et d'une face à l'autre. Il convient alors de le mesurer exactement et de ne pas le léser, de ne pas, en quelque sorte, le « violer » lors de la préparation. Après anesthésie, cette mesure s'effectue sur toute la hauteur, du sommet de la papille gingivale jusqu'à la crête osseuse. La sonde est introduite dans le sulcus jusqu'à sentir une résistance. L'angulation de la sonde suit parallèlement la racine. Elle est forcée jusqu'au contact de la crête osseuse.

Cette technique autorise Jeffrey Rouse à déterminer, sur la face vestibulaire et les faces proximales, trois types de relation entre la crête osseuse et le sommet de la papille gingivale.

• En vestibulaire :
– Une crête située normalement à 3 millimètres dans 85 % des cas ;
– Une crête située profondément à plus de 3 millimètres dans 13 % des cas ;
– Une crête proche du sommet de la papille à moins de 3 millimètres dans 2 % des cas.

• En proximal :
– Une crête normale dont la hauteur varie de 3 à 4,5 millimètres ;
– Une crête basse dont la hauteur est supérieure à 5 millimètres ;
– Une crête haute dont la hauteur est inférieure à 3 millimètres.

Les formes et la profondeur de la limite cervicale de préparation seront fonction de cette classification. Jeffrey Rouse constate que, très souvent, les praticiens violent l'espace biologique en proximal. Il en résulte toujours un effet négatif et une répercussion sur la santé parodontale en vestibulaire. Pour une crête normale, la limite cervicale de préparation peut se placer de 0,5 à 1 millimètre sous le niveau de la gencive marginale.

Pour une crête haute, la limite cervicale de préparation restera supra ou juxtagingivale. Pour une crête basse en interproximal, elle sera juxtagingivale et, en vestibulaire, elle ne sera pas à plus de 0,5 millimètre en sous-gingival.

L'épaulement rond à 90° a la préférence de Jeffrey Rouse pour la forme de finition. Si un biseau doit être réalisé, il doit être long et environ à 75°. Un biseau présente des risques pour l'esthétique, pour le respect de l'espace biologique et pour l'assise. Il est interdit pour les céramo-céramiques, dépourvues de support métallique. Les chanfreins présentent des ↘

MISE EN FORME ET RETRAITEMENT CANALAIRE OBTURATION CANALAIRE REPARATION CANALAIRE PHASES RECONSTITUTION CORONO RADICULAIRE

MAILLEFER

INNOVE

ProTaper Universal

Episode 2 : le retraitement

2001 : ProTaper Universal révolutionne les traitements endodontiques

2006 : ProTaper Universal va vous faire aimer le retraitement avec une séquence aussi simple à utiliser qu'efficace :

- 3 instruments dédiés au retraitement
- Et toujours tous les avantages de la conicité variable

Et la légende continue...

DENTSPLY France SAS - division MAILLEFER - 4, rue Michael Faraday - 78180 Montigny le Bretonneux
Tél 01 30 14 77 77 - Fax 01 30 14 77 00 - www.dentsply.fr

aspects positifs : ils assurent des structures durables, un joint discret et s'adaptent à tous les types de restauration. Leur risque est principalement esthétique. Les largeurs des limites cervicales de préparation doivent être les suivantes.

- 0,3 millimètre pour un chanfrein pour couronne métallique ;
- 1 millimètre au minimum pour un épaulement avec une céramo-métal ;
- 1 à 1,5 millimètre au minimum pour un chanfrein avec une céramique sans armature, scellée ;
- 0,5 mm environ pour un épaulement avec une céramique sans armature, collée.

Du point de vue du laboratoire, plus il y aura de couches de « *die spacer* » sur le modèle positif unitaire, plus la force nécessaire à l'arrachement de la couronne sera importante, passant de 250 N pour zéro couche à 375 N pour huit couches.

La méthode de préparation reste classique avec cependant une recommandation : il faut commencer par une réduction occlusale contrôlée, qui facilitera par la suite le travail des fraises à congé utilisées pour la préparation.

S'agissant du matériau à empreinte Jeffrey Rouse limite l'utilisation des polysulfides à la prothèse adjointe complète. Ensuite, les hydrocolloïdes réversibles présentent de nombreux avantages : une excellente mouillabilité, une préparation et une désinsertion faciles, une excellente reproductibilité, un goût neutre. Mais ils présentent des limites : leur coût, un temps de travail court, un équipement spécial, une résistance aux déchirements très faible. Enfin, ils ne sont pas assez rigides pour les implants. Jeffrey Rouse les recommande pour la prothèse fixée.

Pour Jeffrey Rouse, les polyéthers présentent des aspects positifs : faciles à mélanger, ils offrent une bonne mouillabilité, une bonne stabilité dimensionnelle et une grande rigidité. Leurs limites : ils absorbent l'eau et gonflent. Quant aux solutions ferriques, elles inhibent la réaction de prise. Elles sont difficiles à désinsérer, le temps de travail est court, leur coût est élevé et leur goût désagréable.

S'agissant des polyvinysiloxanes, leurs points positifs sont les suivants : ils sont faciles à mélanger, permettent un excellent détail des tissus mous et une bonne stabilité dimensionnelle, ils sont neutres au goût et, enfin, ne nécessitent pas l'utilisation d'un PEI.

Quant aux aspects négatifs, leur coût est élevé, les putty sont incertains, et même imprévisibles quelquefois. Par ailleurs, il existe un risque de contamination avec le latex (inhibition des propriétés du matériau par la contamination/réaction du catalyseur chargé de platine avec le sulfure contenu à l'état libre dans le latex). Jeffrey Rouse n'utilise jamais de putty. Les porte-empreintes individuels donnent de meilleurs résultats.

Jeffrey Rouse évoque pour finir les techniques de rétraction gingivale et d'empreinte. Tout reste clinique. Pour la rétraction chimique, il évoque le sulfate d'alumine, qu'il considère comme le moins toxique et irritant. Il accorde des propriétés hémostatiques élevées au sulfate de fer. ●

Implants et édentation avec perte de substance

Au cours de son intervention, David C. Shonberg a traité des avantages des prothèses sur implants au maxillaire dans la restauration de crête édentée, en particulier pour les patients qui requièrent une restauration de dents manquantes et de tissus gingivaux déficients.

Pour David Shonberg, la distance optimale dent/crête est située entre 12 et 16 millimètres. Une distance de 10 à 12 millimètres ne permet pas d'overdenture et une distance supérieure à 15 millimètres interdit dans tous les cas la prothèse fixée. Il appartient au patient de choisir l'une ou l'autre des deux techniques, si ces possibilités s'offrent à lui, à condition de bien l'informer.

Deuxième point, la distribution des implants est fonction de la forme de l'arcade (une arcade ovoïde ou carrée, par exemple) pour équilibrer la distribution des forces. David Shonberg a insisté sur la question du support de la lèvre : il porte une attention particulière au raccourcissement du mouvement de la lèvre, verticalement.

Restent les problèmes de phonation. Trois à six mois après la mise en place des prothèses sur implants, 60 % des patients ne prononcent pas les « s ». Serait alors en cause l'appréciation de la distance intercanine à l'arcade maxillaire. Pour autant, 94 % des patients considèrent qu'ils n'éprouvent pas de troubles particuliers trois ans après le traitement.

David Shonberg invite à remarquer combien est importante la réalisation de prothèses provisoires et de wax-up. Néanmoins, il estime que les problèmes sont moins nombreux lorsque la prothèse est opposée à des dents naturelles ou à une prothèse totale. ●

Oral-B Triumph

Découvrez notre brosse à dents intelligente

La nouvelle tête de brosse a été prouvée cliniquement plus efficace que la tête de brosse standard Oral-B FlexiSoft.[1]

Les poils MicroPulse™ aident à un nettoyage supérieur dans les espaces interproximaux difficiles à atteindre.[2]

L'ordinateur incorporé fournit des indications pour encourager les patients.

2 TÊTES DE BROSSE OFFRENT PLUSIEURS OPTIONS DE BROSSAGE

NOUVELLE TÊTE DE BROSSE ÉVOLUÉE
Les poils MicroPulse doux et flexibles, aident à enlever plus de 90% de la plaque dans les espaces interproximaux.[3]

PROBRIGHT™
Il a été prouvé qu'elle blanchit les dents jusqu'à deux nuances en six semaines.[4]

LA TECHNOLOGIE INTELLIGENTE A UNE INFLUENCE POSITIVE

MINUTERIE MOTIVANTE
1:40
Permet aux patients de contrôler la durée du brossage et émet un message d'encouragement à 2 min

CONSIGNES DE BROSSAGE
Replace Brushhead
Encouragement à remplacer régulièrement la tête de brosse.

4 MODES DE BROSSAGE
Massage
Offrent une expérience personnalisée - nettoyage, douceur, massage et polissage.

ECRAN MULTI-LANGUE
Español
Peut être programmé en 13 langues différentes.

Oral-B PROFESSIONALCARE 9000
TRIUMPH
TECHNOLOGIE INTELLIGENTE... RÉSULTATS ÉCLATANTS*

1, 2. Données internes par rapport à la tête de brosse Oral-B FlexiSoft.
3. Données internes.
4. Goyal CR et al., J Dent 2009 ; 37 : in Press

P&G Professional Oral Health

POSE D'IMPLANTS ET TRAITEMENT CANALAIRE

Endodontie *versus* implantologie : match nul

Pour Johnson Bradford, la controverse endodontie/implantologie ne se justifie pas. Synthèse de sa démonstration.

IMPLANT OU ENDODONTIE, comment décider ? Pour Johnson Bradford, la durée de vie des implants s'élève au minimum à cinq ans avec un taux de succès de 95 %. La durée de vie des traitements canalaires (*Root Canal Treatment – RCT*), varie quant à elle de trois ans et demi à huit ans avec un taux de succès situé entre 94 % et 97 %. Mais des pathologies peuvent survenir dans 79 % à 93 % des cas (Marquis VL et al., JOE, 2006).

Les implants dépendent de la qualité et de la quantité osseuse quand les RCT dépendent, eux, du type de dent et en particulier de l'état de la pulpe et sa situation dans l'espace. 96 % des succès en implantologie sont enregistrés sur des os de type 1 et 3, et 84 % sur des os de type 4 (corticale fine à faible densité trabéculaire). Pour les pulpes, on est contraint de revoir les RCT après quatre ou six ans à 89 % pour les antérieures (une seule racine) et à 76 % pour les postérieures (pluriradiculéees).

Les complications après pose d'implant sont dues :

- À une complication d'origine mécanique dans 1 % à 3 % des cas ;
- À l'état de l'os (type 4) dans 16 % des cas ;
- Au tabagisme dans 11 % des cas ;
- À des implants trop courts (inférieurs à 10 mm) dans 10 % des cas ;
- Au diabète dans 9 % des cas.

Les complications après RCT surviennent :

- Si les dents restent sur l'arcade ;
- Dans 25 à 35 % des cas il y a réaction postopératoire à trois jours ;
- Les symptômes persistent dans 5 % des cas.

Les RCT nécessitent un ou deux rendez-vous, une instrumentation et une technique d'obturation spécifiques et, enfin, une obturation finale de qualité. Il n'existe pas de preuve tangible qu'une technique d'obturation prévaut sur l'autre entre obturation verticale à chaud ou latérale à froid (Marquis VL et al., Toronto study/Peng L. et al., 2007, *Meta-Analysis*).

DIFFÉRENCES DE COÛT

Bradford confirme les conclusions de M. Trope : la qualité de la restauration coronaire prime dans le succès endodontique et peut même jouer plus fondamentalement que la qualité de l'obturation canalaire. Qu'entraînent une bonne endo (BE) et une mauvaise restauration (MR), une mauvaise endo (ME) et une bonne restauration (BR) ?

BE + BR : 91 % de succès ;
BE + MR : 44 % de succès ;
ME + BR : 68 % de succès ;
ME + MR : 18 % de succès.

Enfin en termes de coût, des différences existent, au moins aux États-Unis. La réalisation d'un implant comprend l'avulsion de la dent, la mise en place de l'implant et de la suprastructure unitaire, dont le coût total varie de 2 800 à 3 100 dollars. S'agissant des RTC, la réalisation du traitement endo, la réalisation d'un inlay-onlay à tenon radiculaire ou d'une restauration foulée avec ou sans tenon, la suprastructure unitaire correspondent à un coût total variant de 1 500 à 1 800 dollars (source ADA, 2006).

Pour Johnson Bradford, la controverse endo ou implant est artificielle. Ces deux thérapeutiques permettent d'excellents traitements. Mais le pronostic est éminemment lié au cas clinique considéré, aux variables spécifiques, au diagnostic clinique posé, aux habitudes du traitement par l'opérateur, beaucoup plus qu'aux modalités du traitement proprement dit. ●

Endodontie et implantologie : le débat

Sous la férule de Paul F. Berry était organisée une table ronde sur les limites de l'endodontie *versus* l'implantologie. Paul Berry ouvrait le débat en s'interrogeant : *« S'agit-il d'une question simple ? »* Pour lui, les patients préfèrent conserver leurs dents, et les meilleurs implants ne peuvent, ni de près, ni de loin, valoir les dents naturelles. Pour Sergio Rubinstein le plus difficile à réaliser, en implantologie dentaire, n'est pas la reproduction de la dent perdue, mais l'établissement d'un environnement sain tout autour de la dent par les tissus mous. En réalité, selon Sergio Rubinstein, seule l'expérience du praticien peut mener à la bonne décision pour le patient. L'objectif consiste à ramener une situation complexe ou un cas clinique complexe à une équation simple en vue de résoudre des problèmes nombreux. Au cours d'une intervention très intéressante, Nolen L. Levine estimait quant à lui que le praticien a le devoir de conserver les dents du patient tout comme l'*« attorney »* (l'avocat) doit défendre son client jusqu'à son dernier dollar… Mais le même Nolen Levine évoquait l'utilisation à nouveau aujourd'hui d'implants en céramique !

Drilling Security System DSS

swiss made

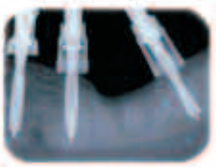
IMPLANTOLOGY INSTRUMENTS
Precise & Safe
by ARSLINE S.A.

STOP AUX DIFFICULTES DE FORAGE EN IMPLANTOLOGIE

- Visibilité opératoire réduite
- Structures adjacentes à ne pas léser
- Densité osseuse faible ou variable (lacunes)
- Disponibilité osseuse limitée à exploiter

SYSTEME DE FORETS UNIVERSELS POURVUS DE BUTEES VISSEES

PERMETTANT UN MICROREPERAGE DE PRECISION ET ADAPTABLE EN CONTINU A TOUTE CONFORMATION DE CETTE DERNIERE POSITIONNEMENT RAPIDE ET INSTANTANE



DSS disponible en plusieurs variantes de forme et de diamètre, utilisable avec tous les systèmes d'implant, pourvu de dispositifs de stop couplés par vissage inversé.

DSS empêche d'envahir toute structure adjacente au site implantaire et en limite ainsi les risques de lésion.
DSS évite au praticien la tâche difficile de devoir surveiller, lors du forage, les traits de marquage des forets.
DSS permet un réglage à n'importe quelle hauteur de la position des butées assurant un positionnement idéal et rapide.
DSS rend l'acte chirurgical plus précis, sûr, et donc moins lourd.

Internet video Tour : www.arsline.com/dss

Offre valable jusqu'au 31 juillet 2007

2.00 2.25 2.50 2.75 3.00 3.15 3.25 3.35 3.50 3.75 4.00 4.20 4.50 5.00

cylindriques

à paliers

OFFRE D'INTRODUCTION 3 X 2

Caractéristiques : Forets DSS, en acier inox, réutilisables (30 emplois), pour implants jusqu'à 16 mm de longueur. Butées en titane, non sujettes à usure.

Je désire être contacté par téléphone
au No.: _____
Horaire: _____

Tampon professionnel

s.v.p. renvoyer par fax

Arsline

Implantology Instruments
ARSLINE sa - Suisse
Tel. +41 844 800 804
info@ds-system.com
Fax. France 04 88 71 40 29

Journal de l'SOP 6-2007

L'Annuaire professionnel du monde dentaire ...

www.annuairedentaire.com

1450 adresses de fournisseurs
2500 marques de produits
3500 produits référencés
5380 adresses de laboratoires de prothèse
36500 coordonnées de chirurgiens-dentistes ou stomatologues
600 associations, syndicats, organismes officiels ...

Les produits et services : répertoire alphabétique des fabricants, distributeurs et sociétés de services, classement par rubriques, fournitures pour cabinets dentaires, matériels et équipements pour cabinets dentaires, fournitures pour laboratoires de prothèses, matériels et équipements pour laboratoires de prothèses, services, distribution et service après-vente ... **Les laboratoires de prothèse :** spécialités en prothèses dentaires, répertoire géographique (classement par département). **La documentation officielle :** organisation de la profession dentaire : répertoire alphabétique des praticiens. **Les chirurgiens-dentistes :** répertoire géographique (par département), les spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale. **Les stomatologistes** et chirurgiens maxillo-faciaux : répertoire géographique (par département), stomatologistes qualifiés ODMF, ...

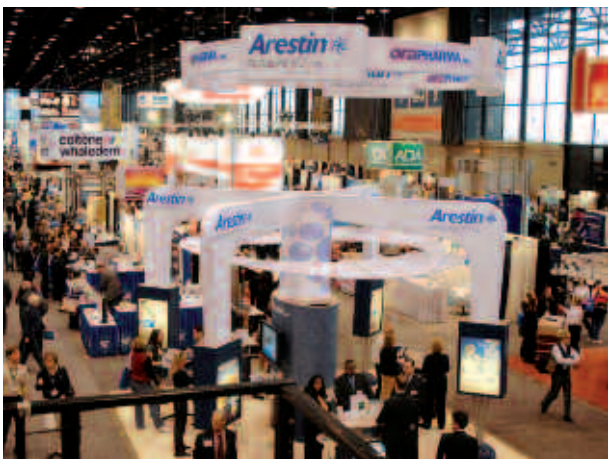
L'Annuaire Dentaire • Les Editions de Chabassol • 16, 18, bd. de Lagny • Bussy-Saint-Georges • 77604 MARNE-LA-VALLÉE Cedex 3
Tél. 01 64 76 64 90 • FAX 01 64 76 64 99 • Email : chabassol@wanadoo.fr • www.annuairedentaire.com

Les facteurs de la mise en charge immédiate dans la région antérieure

Dans un contexte où le Midwinter aura constitué une caisse de résonance de la fascination exercée par l'implantologie, Giglio Graziano a consacré une conférence sur les facteurs favorables à la mise en charge immédiate dans la région antérieure.

Pour Giglio Graziano, le premier facteur consiste dans le dessin de l'implant avec son état de surface et surtout son état de surface et sa forme au collet. Non moins importante, la conicité de l'implant sur toute sa longueur : supérieure ou égale à 10 millimètres au moins. Deuxième facteur important : la quantité et la qualité de l'os, la qualité et la forme des crêtes. Enfin, troisième facteur, la stabilité initiale : c'est l'insertion avec un torque supérieur ou égal à 35 Ncm ou pour une *Resonance Frequency Analysis (RFA)* supérieure ou égale à 60 ISQ.

À trois semaines, la stabilité d'un implant est la plus critique. Pour cette raison, Giglio Graziano recommande une seule intervention chirurgicale et seulement une. Le temps de traitement est raccourci. Les provisoires sont relativement immédiates, et les tissus mous se « resculptent » très rapidement. Dans cette technique, comment se comporte le complexe péri-implantaire ? Il y a un « *microgap* » au niveau de la zone horizontale de jonction de l'os à l'implant sur 1,5 à 2 millimètres, une perte osseuse latérale de 1,3 à 1,4 millimètre (Tarnow), une hauteur papillaire moyenne de 3,4 millimètres (Tarnow) et une distance horizontale supérieure ou égale à 3 millimètres, et au minimum 1,5 millimètre. Giglio Graziano montre qu'il y a une reconstruction avec une prolifération épithéliale et une moindre résorption osseuse. Il recommande le titane pour les implants, et l'or et la porcelaine pour la suprastructure. ●



Dans les allées du hall d'exposition du Midwinter.

Les composites à la lumière de Christensen

La technique de communication de Gordon Christensen, qui consiste à énoncer ce que l'on veut entendre, tout en faisant participer la salle mais sans prendre en compte ses réponses, est décidément bien rodée ! Gordon Christensen a abordé la question des composites, des microhybrides et en particulier les « *flowables* ». S'agissant des microhybrides, composites pour classe 2, Gordon Christensen recommande les microfills pour les dents postérieures ou antérieures.

Pour les postérieures, il préconise Heliomolar® (Vivadent). Pour les antérieures, soit le Durafill® (Heraeus), soit le Renamel Microfill® (Cosmedent), qui comporte des particules chargées de 0,04 micron, soit enfin le Nanofill Filtek Supreme® (3M Espe). Pour Gordon Christensen, il s'agit de matériaux résistants, faciles à polir, dotés de hautes qualités mécaniques d'adhésion à la dentine et à l'émail. Ils présentent de plus un bon état de surface, en particulier Nanofill® et Microfill®. Ils sont, pour Gordon Christensen, supérieurs à Herculite XRV® (Kerr), à Opalescence® (Vivadent), au Gradia Direct® (GC), au Premise® (Kerr) ou encore au Venus® (Heraeus).

Les microhybrides et les « *flowables* » sont-ils meilleurs ou moins bons que les composites « *fully filled resin* » ? Dans quels cas les utiliser ? En substitut des sealants, comme « *liners* » ou « *wetting agents* » sur les préparations qui vont recevoir un composite, selon Gordon Christensen. Le gros avantage de ce matériau, c'est sa fluidité. Il utilise et recommande en particulier Heliomolar flow® (Vivadent), Renamel Flowable Microfill® (Cosmedent), Estelite Flow Quick® (Pentron), Flow It ALC® (3M Espe), Filtek Supreme Plus flowable® (3M Espe) et, enfin, Permaflo® (Ultradent). La viscosité est améliorée par chauffage pour certains, ce qui réduit le temps de prise. C'est en particulier le cas de Calset® (AdDent). ●

NOTRE TECHNOLOGIE - VOTRE SAVOIR-FAIRE

Instruments NiTi rotatifs FKG RaCe

SÛR, SIMPLE, EFFICACE!

POINTE DE SÉCURITÉ ARRONDIE
- Guidage parfait de l'instrument
- Glisse sur les aspérités

ARÊTES DE COUPE ALTERNÉES
- Pas d'effet de vissage/blocage
- Très faible couple de travail

ARÊTES VIVES
- Efficacité de coupe optimale
- Bonne évacuation des débris

TRAITEMENT ÉLECTRO-CHIMIQUE
- Métal plus résistant à la torsion et à la fatigue
- Facilite le nettoyage et la stérilisation

MAÎTRISE DU DEGRÉ D'USURE
- SafetyMemoDisc à 8 pétales détachables
- Jauge de courbure et table de décrémentation

Easy Race

La Combinaison idéale!

Avec le kit Easy RaCe vous pouvez traiter au moins 80% des canaux Simple & Medium
- 1x Endo Stand + 1 x set *Easy Race* -

- de 2 à 5 instruments suffisent pour une préparation complète
- Plusieurs méthodes de travail possibles p. ex. Crown-Down ou Taper-down avec un seul jeu d'instruments
- SafetyMemoDisc: pour maîtriser la fatigue du métal

COMPATIBILITÉ
Nos instruments s'utilisent avec tous les types de contre-angles et moteurs du marché.

FKG DENTAIRE
Swiss Dental Products

Rue du Crêt 7 • CH-2302 La-Chaux-de-Fonds - Suisse • Tél.: +41 (0)32 968 85 25 • Fax: +41 (0)32 968 12 52 • info@fkg.ch • www.fkg.ch

RECHERCHE

Les limites de la dentisterie fondée sur la preuve *(Evidence Based Dentistry)*

En matière médicale, les études scientifiques à haut niveau de preuve sont peu fréquentes, singulièrement en dentisterie. Pour Gary Goldstein, l'EBD ne peut constituer qu'une aide à la décision clinique.

L'ÉNORME VOLUME de littérature scientifique et de conférences d'experts aujourd'hui disponibles laisse le clinicien perplexe. Ce dernier se trouve confronté à des données contradictoires de publications scientifiques et d'avis d'auteurs qui compliquent sa prise de décision clinique. Il est vrai que toute thérapeutique répond à une « philosophie » institutionnelle. Celle-ci recourt à une technique fonctionnant une fois mais pas d'autres et qui met en jeu l'expérience clinique de l'opérateur, voire son prestige.

Science médicale, la dentisterie est fondée sur la preuve *(Evidence Based Dentistry – EBD)*. Idéalement en effet, la preuve scientifique – à l'inverse de l'empirisme – devrait être le fondement des décisions cliniques. Las ! L'EBD n'apporte pas de réponses intangibles aux problèmes cliniques, et c'est pourquoi il convient de l'appréhender comme une aide à la décision. L'EBD apporte des règles et les hiérarchise. Ainsi, pour Gary Goldstein, il faut éviter de substituer la tyrannie de l'avis d'auteurs ou d'experts à la tyrannie de la littérature scientifique.

MÉTHODOLOGIE ET RÉALITÉ CLINIQUE

La méthodologie d'une étude scientifique détermine sa validité et son niveau de preuve. Une interprétation de la littérature scientifique s'impose : les études à haut niveau de preuve ne sont pas très fréquentes, singulièrement en dentisterie.

D'autre part, il existe souvent une distorsion importante entre la méthodologie, la conduite des études et la réalité clinique des praticiens *(voir le tableau ci-dessous)*.

VALIDITÉ DES CONCLUSIONS

L'interprétation d'une étude scientifique comparant divers traitements doit poser des questions de base pour lever les biais de sa méthodologie et déterminer la validité des conclusions émises. La répartition des sujets de l'étude s'est-elle faite de façon aléatoire entre les deux groupes de traitement ? L'ensemble des patients de l'étude a-t-il été comptabilisé dans les résultats finaux ? Les patients et les cliniciens ont-ils réalisé l'étude en aveugle ? Les groupes de traitement étaient-ils semblables au début de l'étude ? En dehors du traitement proprement dit, les sujets de l'étude ont-ils été suivis d'une manière identique ? Tous les effets cliniques importants ont-ils été pris en considération ? Le suivi a-t-il été suffisamment long et mené à terme ? Les bons paramètres ont-ils été re- ↘

Chercheur et clinicien : des objectifs parfois antagonistes

Le chercheur	Le clinicien
• Apprécie des différences statistiquement significatives	• Apprécie des différences cliniquement significatives
• Étudie une seule variable	• Est confronté à des variables multiples
• Apprécie la courbe de Gauss	• Hait la courbe de Gauss !
• Augmente la taille des groupes testés pour obtenir des différences significatives	• Traite des individus
• Apprécie la multiplicité des hypothèses pour mieux les rejeter par la critique	• N'est intéressé que par une solution
• Travaille avec des investigateurs standardisés	• Est soumis à une courbe d'apprentissage

tenus pour étudier les différences de résultats cliniques ? Les résultats de l'étude vont-ils aider le clinicien à traiter ses patients ?

DES JUSTIFICATIONS DÉNUÉES D'INTÉRÊTS COMMERCIAUX

Certaines revues comme *Evidence Based Dentistry* ou *Journal of Evidence Based Dental Practice* analysent les publications scientifiques et donnent le plus haut niveau de preuve connu sur une problématique donnée. D'autre part, la Cochrane Collaboration, organisation internationale indépendante et non lucrative publiant des revues systématiques de la littérature, constitue une base de données importante dans le domaine de la santé orale (http://www.ohg.cochrane.org).

La dentisterie fondée sur la preuve répond donc à des critères d'analyse bien spécifiques et ne constitue pas la justification d'actes cliniques par des références bibliographiques mal interprétées. Elle n'impose pas de se passer de sa propre expérience ni de justifier certains acquis universellement admis par la profession. En revanche, elle constitue une aide en ce qu'elle apporte des justifications dénuées d'intérêts commerciaux à des décisions cliniques et des options thérapeutiques. ●

LOLe
Lampe Opératoire à Led
luminothérapie
- durée de vie illimitée des Leds : pas de changement d'ampoule pendant toute la durée de vie de l'appareil,
- puissance et qualité de lumière comparables aux meilleures lampes opératoires halogène,
- lumière du jour à 6500°K avec 28500 lux : l'agrément d'opérer sous haute densité de lumière blanche,
- pas d'élévation de température perceptible : 4 leds de 3 W seulement,
- écologique : 16 W seulement , soit 10 fois moins de consommation électrique qu'une lampe opératoire halogène,
- silence de fonctionnement : pas de ventilateur,
- toujours propre : étanche aux sprays et à la poussière,
- bras à grand débattement pour l'éclairage «reverse».
CE MEDICAL
MDD 93/42
ISO 9680
EN12464-1
23 avenue de l'Europe - F-67300 Schiltigheim
tél : +33 (3) 90 20 52 08 - inform@degrek.com
degré K
Les Maîtres de la Lumière

EXPOSITION

Matériels et nouveautés : le Varioscope®, une alternative au microscope

Parmi les dispositifs optiques, un système sophistiqué permet de zoomer, faire une mise au point automatique et contrôler la parallaxe.

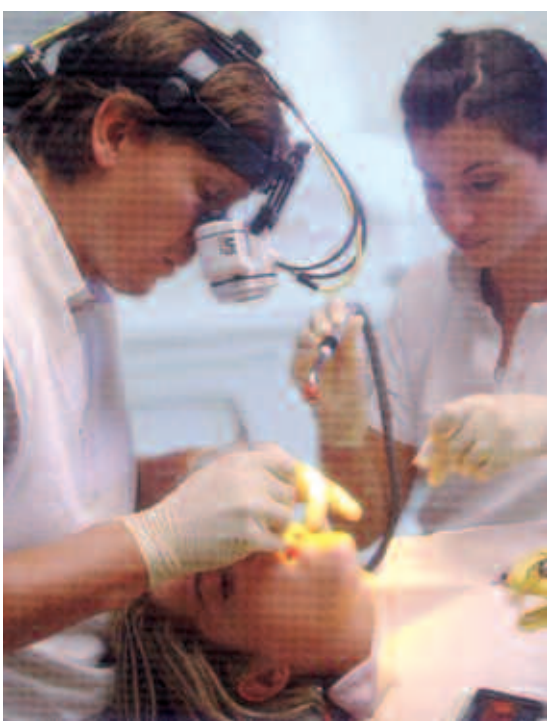
QUE RETENIR DE L'EXPOSITION du Midwinter, notamment s'agissant des innovations ? En premier lieu, le Varioscope, une solution très intéressante de remplacement du microscope. Il s'agit d'un casque muni d'un système optique qui peut zoomer, qui règle automatiquement le focus (autofocus) et contrôle la parallaxe.

- Distance de travail : de 300 à 600 mm ;
- Grossissement possible : de 3,6 à 7,2 ;
- Champ de vision : de 30 à 144 mm ;
- Distance interpupillaire : de 60 à 72 mm ;
- Sept modèles possibles de 2 en 2 mm : 60, 62… ;
- Correction individuelle de la vision par des lentilles additionnelles.

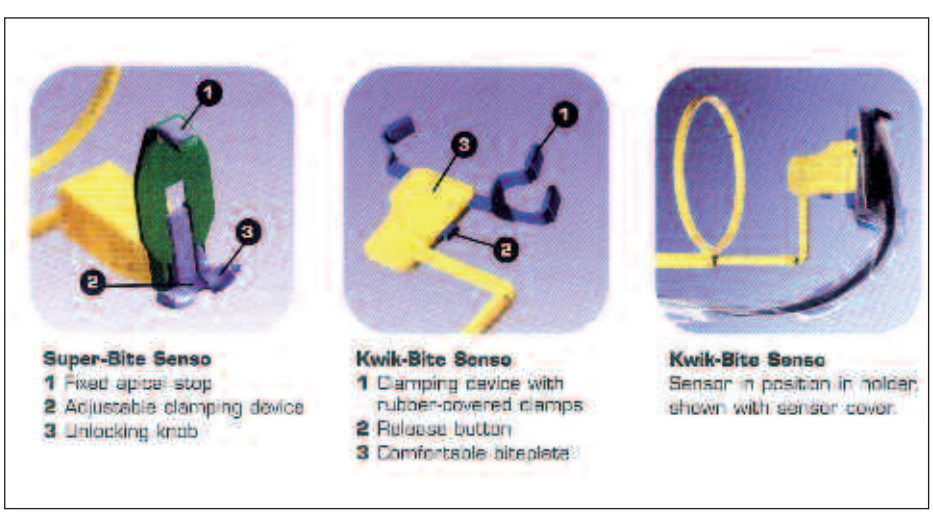
Autre nouveauté, le système du Clik Ray semble intéressant puisqu'il peut servir de façon assez universelle pour RVG comme pour tous les systèmes de « *sensors* ». Notons que Kerr développe le même type de système.

Autre innovation remarquable, le Magna Vu. Il s'agit d'un scialytique qui peut jouer le rôle de lampe LED, d'enregistreur vidéo des séquences de travail comme d'une caméra intrabuccale.

On notera pour finir les anneaux de type Mac Keen, améliorés parce que plus rigides. On utilise des matrices adaptées au cas clinique et des coins évidés qui peuvent s'emboîter ou se superposer de part et d'autre du point de contact (face vestibulaire pour l'un, face linguale ou palatine pour l'autre), de telle sorte que la matrice est parfaitement fixée et ajustée aux contours et tout contre la préparation. ●



Extrait de la plaquette promotionnelle du Varioscope® M5 dental.



Système Click Ray® : chez Kerr on retrouve un système comparable.

ATLAS™

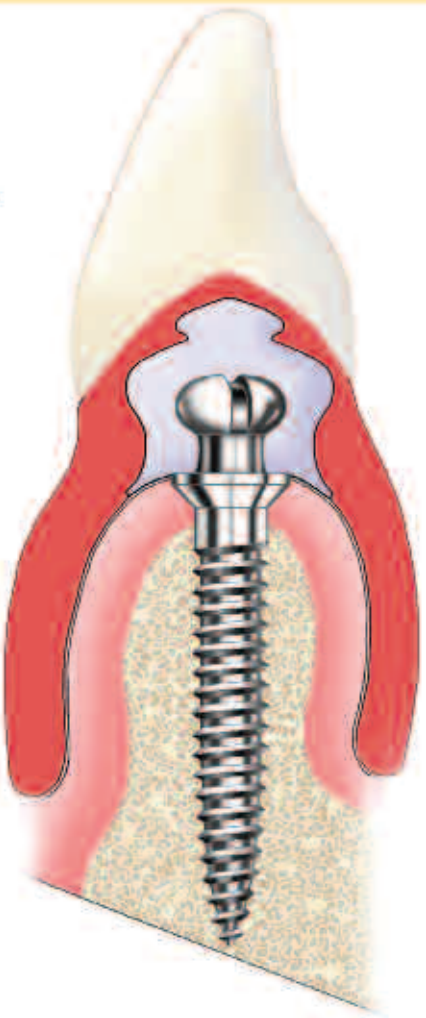
IMPLANTS DOME KEEPER

SIMPLE
FACILE
PARFAIT

Les implants Atlas® Dome Keeper s´utilisent en association avec le silicone de rebasage Tuf-Link™.

Pas de transferts, pas de joints toriques (O-rings), la manipulation se ramène à un simple rebasage rapide.

Le protocole de restauration prothétique par les implants Atlas a été mis au point avec le Département de Dentisterie Implantaire du Collège de Dentisterie de l'Université de New York.



Implants Atlas fins de Ø 2,2 & 2,4 mm

Tête de hauteur limitée à 2,4 mm pour accommoder les espaces restreints.

Le plateau et le col de l'implant sont lisses et polis pour faciliter l'hygiène.

Fentes en U pour le bon positionnement des implants.

Rainurage dans la base de l'appareil pour assurer la rétention du matériau de rebesage, sans adhésif.

Environ 3 fois moins onéreux que des implants définitifs.

COURS DE FORMATION

POUR LA STABILISATION DE PROTHÈSE COMPLÈTE AVEC KIT D'ENTRAINEMENT ET COFFRET D'INTRODUCTION COMPLET AVEC 4 IMPLANTS ATLAS FRANCO POUR SEULEMENT 950 €

Dentatus France
Philippe Comuau
25, Rue d'Amboise
37540 Saint Cyr sur Loire, France

Dentatus

Phone/Fax +33 2 47 49 17 71
Mobile +33 6 09 98 36 13
E-mail philippe.comuau@wanadoo.fr

LES FORMATIONS SOP EN 2007

› 35 QUESTIONS-RÉPONSES EN IMPLANTOLOGIE

14 juin 2007
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 9

› PLAN DE TRAITEMENT

11 octobre 2007
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 11

Toutes les informations, tous les comptes rendus *in extenso* sont consultables sur :
www.sop.asso.fr

Le site web de la SOP se dote de la technologie RSS

La SOP vient d'installer un flux RSS sur son site **www.sop.asso.fr**. Destiné à faciliter la navigation pour les visiteurs, ce nouvel apport technologique ne constitue que le point de départ d'une refonte complète du site à moyen terme.

Qu'est-ce que le RSS ? Le sigle RSS signifie « *Really Simple Syndication* », que l'on pourrait traduire par « souscription vraiment simple ». Il signifie également « *Rich Site Summary* », autrement dit en français, « sommaire développé de site ». Le flux RSS ou « fil » RSS *(RSS feed)* constitue un système qui permet de transmettre en temps réel les nouvelles diffusées par des sites d'information (ou des blogs). En pratique, cette technologie permet de consulter directement et rapidement ces nouvelles informations sans visiter le site proprement dit.

Le site de la SOP a été enrichi de l'icône ci-dessous à droite, située en haut à droite sur toutes ses pages. Il suffit de cliquer sur cette icône pour obtenir la liste des nouveaux contenus disponibles. En outre, les navigateurs de génération récente (Internet Explorer pour Windows, Mozilla pour Windows ou Mac OS X, Safari pour OS X) sont capables de détecter la présence d'un nouveau flux RSS, et de le faire savoir en activant une icône similaire dans sa barre d'outils. Désormais, pour les praticiens qui s'abonnent au flux de la SOP, un menu affiche les nouveautés du site. Comment s'abonner ? La procédure est simplissime. Là encore, il suffit de cliquer sur l'icône RSS. La page qui s'affiche donne accès au système d'abonnement. Notons que, contrairement à tous les autres systèmes d'abonnement, par exemple à une *newsletter*, point n'est besoin de laisser son adresse e-mail, ni de consulter sa boîte aux lettres électronique.

Et l'avenir ? Un flux RSS, n'est pas seulement destiné à afficher les nouveautés d'un site, mais à fédérer les informations en provenance de divers sites portant sur un même sujet. Nous n'en sommes qu'au début de ce que cette nouvelle technologie permet. La SOP a bien l'intention de créer un fil de syndication qui permettra de synthétiser les informations de multiples provenances. Il ne vous reste donc plus dès aujourd'hui qu'à suivre le fil RSS. Pour cela, rendez-vous sur le site de la SOP. ■

Ariel Sebban

Sur toutes les pages du site de la SOP, un simple clic sur cette icône permet d'accéder à la liste des nouveautés du site.

Comme 3 000 confrères, **adhérez** au club très fermé de la **SOP !**

Non ! la SOP n'est pas un cercle élitiste. En 2006, 4 600 omnipraticiens venus de toute la France, dont 3 000 membres de la SOP bénéficiant de tarifs préférentiels, ont assisté aux formations de la SOP conçues par des praticiens pour des praticiens et animées par des conférenciers reconnus. Et vous, comment actualiserez-vous votre pratique en 2007 ?

Pour 84 € **devenez membre** de la SOP et bénéficiez de 6 offres **exclusives.**

- **Une remise de 60 €** pour chaque journée de formation de la SOP*
- **Une journée de formation** par an pour la somme de **120 €**
- **Des promotions exclusives** de nos partenaires
- **L'abonnement** à la Revue d'odonto-stomatologie (trimestriel scientifique bilingue)
- **Le prêt gratuit** des cassettes vidéo de la SOP
- Un service d'**assistance téléphonique**

* Remise applicable également pour les formations de la Fédération des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques de l'Île-de-France (FSSOSIF).

Bulletin d'adhésion

À retourner dûment complété et accompagné de votre chèque de règlement de 84 euros libellé à l'ordre de la SOP à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris
Renseignements : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
Ville : ..... • **Code Postal :** .....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

GAMME Excellence

Réalisée par notre laboratoire en Asie (certifié ISO 9001-2000)

LE HAUT DE GAMME ACCESSIBLE

120 €
PLAQUE + MONTAGE

COURONNE ZIRCONIUM
CERCON
148 €

La qualité sans frontières

LABOCAST

N° Azur 0811 115 000

46-56, rue des Orteaux ■ 75020 PARIS ■ Fax : (+33) 1 53 38 64 86 ■ e-mail : labocast@labocast.fr ■ **www.labocast.com**

Assurances Privées et Professionnelles

MACSF. Un nom difficile à retenir, des assurés faciles à reconnaître.

Un assuré MACSF est un assuré heureux, et cela se voit. D'abord parce qu'il retrouve en nous les valeurs de professionnalisme, d'écoute et d'engagement qui l'animent chaque jour dans l'exercice de son métier. Ensuite parce qu'il sait que nous créons pour lui les produits qui correspondent à ses besoins. Car notre Conseil d'Administration représente les différentes spécialités du monde de la santé. Et c'est ainsi depuis plus de 70 ans.

INST_MAC - MACSF assurances - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Adresse Postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX - SIREN n° 775 665 631.

Pour contacter la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français :

www.macsf.fr

3233*

* 0,15 € maximum la minute depuis un poste fixe FT. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

Ceux qui se consacrent
à la santé des autres ont besoin
que l'on se consacre à eux.

MACSF groupe